

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 94

Etude des Formes Psychosiques de la Paralyse Générale

Essai de Pathogénie des Délires Secondaires

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Aimé COLIS

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 4 Avril 1907, à PERPIGNAN (Pyrénées Orientales)



LYON

BOSC Frères, M. et L. FIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

**ÉTUDE DES FORMES PSYCHOSIQUES
DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 91

Etude des Formes Psychosiques de la Paralyse Générale

Essai de Pathogénie des Délires Secondaires

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 2 Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Aimé COLIS

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 4 Avril 1907, à PERPIGNAN (Pyrénées Orientales)



LYON

BOSC Frères, M. et L. FIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. X...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
	PAVIOT
Cliniques chirurgicales	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	X... (BONNET, agrégé, chargé de cours
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COURMONT
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MANCEAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie externe	LERICHE
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutique générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	FATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	ROCHAIX
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	VERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FROMENT, président; DEVIC, assesseur,
DECHAUME et BERNHEIM

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En gage de mon profond amour et
de ma reconnaissance.

A MA SŒUR

En témoignage de mon affection.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT
Professeur de la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait l'honneur de présider la soutenance de notre thèse. Qu'il veuille bien accepter ici l'expression de notre gratitude et de nos sentiments très respectueux.

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. LARRIVÉ
Chef de Clinique Neuro-Psychiâtrique
Médecin des Asiles
Médecin-Chef
de la Maison de Santé de Saint-Jean-de-Dieu

Il nous a confié cette thèse et
nous a guidé avec bienveillance.
Nous lui exprimons nos plus vifs re-
merciements.

A NOS MAITRES DES FACULTÉS DE LYON
ET DE MONTPELLIER

A NOS MAITRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

ETUDE DES FORMES PSYCHOSIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

INTRODUCTION

Des formes atypiques de la paralysie générale ont été publiées avant la découverte des méthodes modernes de traitement : ces observations caractérisées par des délires, surtout hallucinatoires, sont rares ; il s'agit de méningo-encéphalites à évolution prolongée observées à leur stade de début.

En septembre 1924, Gerstmann signale pour la première fois « qu'à la suite du traitement de la paralysie générale par inoculation de la malaria, l'aspect clinique se modifie assez souvent et se transforme en une manifestation atypique hallucinatoire. Ce changement s'accomplit, en général, à la fin de la période fébrile ou bien un certain temps après l'interruption des accès par la quinine, ou à la suite d'une période de traitement par injection de néosalvarsan.

Au premier plan se rencontrent des hallucinations de l'ouïe, élémentaires ou de caractère complexe. Ce sont généralement des auditions de voix et elles sont souvent associées à des pseudo-hallucinations, des illusions du toucher, des hallucinations visuelles ou des

autres sens. Dans bien des cas, à ces symptômes s'ajoutent des phénomènes de catatonie.

La durée de ces manifestations est variable. Tantôt elles sont temporaires, épisodiques et disparaissent lors d'une rémission complète, tantôt elles se stabilisent et prennent un caractère chronique. Il existe un antagonisme net, au point de vue de la marche de la maladie, entre les symptômes paralytiques typiques et les phénomènes hallucinatoires atypiques ; ces derniers se présentent comme des manifestations psycho-pathologiques de métamorphose régressive du processus paralytique sur la voie d'une rémission totale ou d'un état stationnaire.

Au point de vue sérologique et anatomique existe une régression parallèle des altérations pathologiques. Il est probable qu'à la suite de cette thérapeutique surviendrait une modification de la substance cérébrale entraînant le développement de conditions biologiques telles qu'elles permettraient le retour de relations non pathogènes entre les spirochètes et le tissu nerveux. »

Depuis 1924, les observations de délires secondaires à la malariathérapie se multiplient ; et de nombreuses hypothèses ont vu le jour sur leur pathogénie.

Le 9 décembre 1931, MM. Larrivé et Mestrallet ont communiqué à la Société nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon un cas de délire secondaire apparu chez un paralytique général à la suite d'un traitement par l'huile soufrée. Ils ont fait suivre leur observation de quelques réflexions touchant la pathogénie de ces délires : « Si les différents auteurs admettent l'existence de ces délires secondaires, ils

sont en désaccord lorsqu'il s'agit d'expliquer le mécanisme de leur production.

Leroy et Médakovitch, après avoir recherché l'hématozoaire dans les globules sanguins de trente paralytiques généraux malarisés, ont trouvé dans une proportion de 60 % des cas l'agent du paludisme chez ceux présentant des délires secondaires, tandis que les examens ont été entièrement négatifs chez les paralytiques généraux non délirants.

Aussi concluent-ils que ces délires secondaires sont dus à la présence dans le sang de l'hématozoaire dont les toxines pourraient agir sur certaines régions des centres nerveux.

Gerstmann, Dujardin et Targowla, Bruck et Walter, Vermeulen et Vervaeck, James, admettent au contraire qu'à la suite de la malaria, il se produit une transformation du processus diffus de la méningo-encéphalite en un processus de syphilis cérébrale. L'histoire de notre malade confirme cette deuxième hypothèse. Chez lui, le délire s'est produit à la suite d'une pyrétothérapie obtenue par un produit autre que la malaria et par suite l'hématozoaire ne peut être en aucune façon incriminé.

D'autre part, nous pratiquons la malariathérapie en dehors de la paralysie générale et jamais nos malades n'ont présenté par la suite de troubles délirants analogues.

Ce qui nous permet de conclure que ces délires secondaires doivent avoir pour cause une transformation des lésions de méningo-encéphalite et que cette transfor-

mation est due elle-même au choc inhérent à toute médication pyrétogène. »

L'observation de MM. Larrivé et Mestrallet a été le point de départ de notre travail et nos recherches bibliographiques nous ont permis de découvrir des cas de délires secondaires à la tuberculinothérapie et même à des injections iodo-mercuriques ou arsénicales.

PREMIÈRE PARTIE

Les formes psychosiques spontanées de la paralysie générale

CHAPITRE PREMIER

Les délires dans l'histoire de la paralysie générale

Le 21 novembre 1822, dans sa thèse inaugurale, Bayle décrivait l'arachnitis ou méningite chronique dans laquelle le symptôme nécessaire, caractéristique, était le délire ambitieux.

Ce délire évoluait en trois périodes successives : la première de monomanie, la deuxième de manie, la dernière de démence.

Pour Bayle la paralysie générale est une folie. En 1846, Requin fait remarquer que la paralysie générale peut exister sans folie et il distingue : la paralysie générale progressive sans troubles intellectuels et la paralysie générale avec troubles intellectuels.

Baillarger insiste sur la démence et crée une nouvelle terminologie ; il appelle démences paralytiques les paralysies générales sans délires et folies paralytiques, les paralysies générales avec délires.

En 1858, la Société Médico-Psychologique consacre les idées de Bayle.

La paralysie générale est donc une maladie bien individualisée, c'est une démence qui s'accompagne, en général, de délires dont les plus fréquents sont les délires mégalomaniques.

Falret étudie les délires de la paralysie générale. Il souligne leur absurdité, leur mobilité, leur contradiction, leur incohérence. Puis Magnan insiste sur leur caractère démentiel : « les idées délirantes du paralytique général reflètent le fonds spécial sur lequel elles ont apparu ».

Bientôt les auteurs mentionnent les *délires atypiques*.

En 1888, Rouillard signale un travail de M. Arnaud sur la paralysie générale et commente deux cas qui présentent des idées de persécution.

En 1894, Magnan et Sérieux publient des observations analogues.

En 1896, Richter rapporte un cas de paranoïa hallucinatoire qui, après 10 ans d'évolution, a fait place à la paralysie générale.

Au Congrès de Paris (1900) Joffroy et Gombault signalent l'apparition d'une paralysie générale progressive chez un sujet ayant présenté 18 ans auparavant un délire de persécution.

En 1902, Sérieux et Mignot rapportent un cas de paralysie générale à forme sensorielle avec alternance

de phénomènes d'excitation et de déficit des centres lésés.

D'autres cas ont été publiés dans les années suivantes, mais les délires atypiques de la paralysie générale sont demeurés des faits toujours exceptionnels.

En 1926, Mlle Suzanne Serin a publié sur eux une thèse très intéressante « Les formes paranoïdes de la paralysie générale ». Cette question, qui a toujours attiré l'attention des neuro-psychiatres est plus que jamais à l'ordre du jour depuis que sur elle s'est greffée celle des *délires secondaires* à la malariathérapie.

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I

Boz... Salvator, 56 ans, Italien, entre à l'Asile de Bron le 22 avril 1930.

Syphilis à 23 ans, traitée pendant 20 mois environ.

Marié. Une fille serait morte de convulsions à 8 mois.

Une fille mariée se porte bien. Femme en bonne santé; a eu quatre ou cinq fausses couches.

Depuis environ deux ans et demi, le malade est devenu nerveux, irritable, pénible pour son entourage qui remarque chez lui des idées bizarres.

Rien ne lui convient plus. Il travaille difficilement. Insomnies fréquentes. Cauchemars avec zoopsie signant un éthylisme chronique moyen.

Il y a environ quatre mois, il est très affecté par la perte d'une assez forte somme d'argent. Il manque de courage pour travailler et cesse toute occupation. Il se sent faible, il est devenu triste et très émotif; il manifeste des préoccupations hyponcondriaques. De temps à autre, les siens ont noté des idées délirantes mégalomaniaques (idées de richesse).

Ces temps derniers, le malade est devenu grossier, il ne peut plus s'entendre avec les siens, il est insolent et son médecin qui lui avait fait une série d'injections, l'envoie à l'Hôtel-Dieu, d'où il est adressé à l'Asile.

A l'entrée :

Malade calme, orienté dans le temps et dans l'espace.

Pas d'idées délirantes mégalomaniaques, mais on remarque une certaine dysmnésie, des *préoccupations hypocondriaques très nettes*, des troubles de caractère dans le sens de l'irritabilité, une émotivité assez franche. Jugement assez bien conservé : le malade se rend compte qu'il est fatigué et promet de rester tout le temps nécessaire pour subir le traitement. Quelques troubles de l'écriture et de la parole qui est hésitante, un peu saccadée ou achoppée. Les opérations élémentaires de calcul sont effectuées assez correctement.

Au point de vue physique :

Réflexes tendineux vifs aux membres supérieurs et inférieurs.

Pupilles punctiformes et immobiles. Tremblement des extrémités.

Une ponction lombaire pratiquée avant l'entrée, le 8 avril, a montré :

Albumine : 0,63.

Cytologie : 3 à 4 lymphocytes par mc.

Wassermann franchement positif.

Impaludation le 4 mai 1930.

En juin, la ponction lombaire donne :

Liquide eau de roche.

Albumine : 0,60.

Cytologie : 30 lymphocytes.

Wassermann très positif.

Actuellement, les *idées hypocondriques persistent*.

Nous interrogeons le malade le 25 juin 1932 : « Je suis très malade, nous répond-il, j'ai mal au ventre ; j'attends ma femme, j'ai mal partout. Oh ! laissez-moi tranquille. Ma femme doit venir me chercher. » Il s'enfonce dans son lit. — « Votre femme va bien ? » — « Je n'en sais rien, je ne l'ai pas vue depuis 15 jours. » — « Vous avez des enfants ? » — « Oui, je suis grand-père ; j'ai 115 ans,

mon père en a 120, nous avons créé le monde tous les deux. » Donc idées *hypocondriaques* et *délire mégalomaniacque*.

Le 9 juillet, mêmes impressions ; quand nous arrivons, nous le trouvons enfoncé sous ses draps :

« Comment ça va ? » — « Oh ! ça va très mal, mon vieux. J'attends qu'ils viennent. » — « Qui ça ? » — « Eh ! ma famille ! Qu'ils viennent vite, j'ai mal partout. » — « Qu'est-ce qu'ils vous feront ? » — « De la magnésie, c'est de la poudre, ça fait du bien à tout le monde. » — « Où avez-vous mal ? » — « Partout, j'ai plein de douleurs et on m'a mis la camisole de force hier. » — « Depuis quand avez-vous mal ? » — « Il y a longtemps. » — « Ça a commencé comment ? » — « Je ne peux pas parler, laissez-moi tranquille. »

CHAPITRE III

Etude clinique

La paralysie générale est une démence. Cette démence est progressive et totale ; elle porte principalement sur l'intelligence et le caractère, mais elle touche également la mémoire, l'affectivité et le sens moral.

A cette démence s'ajoutent constamment des troubles psychiques accessoires. Parmi eux, il faut citer avant tout les états délirants, bien mis en relief par Falret : ils sont multiples, mobiles, incohérents, absurdes et contradictoires. Derrière eux, on trouve toujours l'affaiblissement intellectuel, la démence.

Le délire mégalomane est le plus fréquent, mais il y a aussi des *délires hypocondriaques* et des *délires de persécution* ; ceux-ci sont très rares.

Les *délires systématisés* sont précisément l'opposé des caractères démentiels et ceci explique leur extrême rareté dans la maladie de Bayle.

Ainsi que le constata Magnan, les *délires systématisés* se voient dans les paralysies générales peu avancées ou en période de rémission.

Parmi ces *délires*, on rencontre les *délires interprétatifs*, les *délires hallucinatoires* (surtout hallucinations

de l'ouïe), les *délires systématisés de persécution* et en un mot *le syndrome paranoïde* en entier.

On peut distinguer deux grandes classes dans les délires chroniques :

délires à base hallucinatoire,
et délires basés sur des interprétations délirantes.

1° LES DÉLIRES HALLUCINATOIRES sont des phénomènes d'automatisme mental : des images s'imposent à la conscience sans le contrôle de la volonté. Mais dans certains cas le sujet se rend compte parfaitement ; dans d'autres la conscience est comme en veilleuse ; enfin dans un troisième groupe, le sujet n'a aucune conscience de son délire, c'est ce qu'on appelle l'hallucination proprement dite.

Dans son mémoire sur les hallucinations — 1817 — Esquirol écrit : « Un homme qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée de ses sens, est dans un état d'hallucination. C'est un visionnaire. Dans les hallucinations, tout se passe dans le cerveau... L'activité du cerveau est si énergique que l'halluciné donne un corps et de l'actualité aux images, aux idées que la mémoire reproduit sans l'intervention des sens. » Ces définitions révèlent rapidement que les hallucinations seront rares dans la paralysie générale. L'étiologie des délires a fait l'objet de nombreuses discussions : les uns font intervenir un phénomène psychologique, d'autres pensent à des relations physiologiques.

MM. de Clérambault, Heuyer, Lévy-Valensi, Gui-

raud soutiennent la thèse de l'origine histogène et organique des délires : infections minimes passées inaperçues et qui se sont répétées. MM. Cellier, Hesnard, Pichon, Minkowsky et Laforgue défendent la thèse psychogène. Le Professeur Claude admet à la fois la thèse organique et la thèse psychogène.

Il semble bien qu'il faille admettre les deux théories en sachant toutefois que l'origine histogène fera encore des acquisitions aux dépens de l'origine psychogène. Témoin cet exemple cité par G. Heuyer et Serin : un malade atteint d'encéphalite épidémique chronique présentait un sentiment de dépersonnalisation obsédant. Il se sentait comme dédoublé et avait besoin de se regarder dans une glace pour s'assurer de sa propre existence. Et les auteurs faisaient remarquer qu'on avait toujours considéré le sentiment de dépersonnalisation comme psychogène ; dans le cas actuel il avait été créé par une maladie infectieuse.

Dans l'étude pathogénique des psychoses paralytiques, nous mettrons en évidence les relations qui existent entre les lésions observées et les délires atypiques.

Les hallucinations se divisent en hallucinations interprétatives et en hallucinations sensorielles.

Dans les *hallucinations interprétatives* on range les hallucinations cénesthésiques et de la sensibilité générale, les hallucinations négatives et les hallucinations de possession.

Toutes peuvent se rencontrer dans les formes atypiques de la paralysie générale. Mlle Serin en mentionne plusieurs cas dans sa thèse : « C... Joséphine,

30 ans : délire hallucinatoire, avec troubles sensoriels, hallucinations cénesthésiques, auditives, visuelles et pseudo-hallucinations. Sentiment d'étrangeté, de changement, de dépersonnalisation. Illusion des sosies. On la persécute, on l'électrise... » En novembre 1929, MM. J. Capgras et J. Vie ont présenté « une femme atteinte de paralysie générale atypique, de forme périodique, chez laquelle s'est développé successivement au cours d'accès successifs de teinte cénesthésique euphorique ou dépressive, un délire d'imagination relativement fixe entraînant une méconnaissance systématique de la vie antérieure. Un malade de M. X. Abély offrait le tableau d'un hébéphréno-catatonique avec stéréotypie, maniérisme, négativisme.

Une malade de M. Louis Rivet croyait avoir sous la peau des fils et des cheveux qu'elle faisait le geste avec ses ongles de retirer de ses doigts ou de ses seins.

Idées de possession : Mme R... Blanche (observation de Mlle Serin), croit être enceinte. Elle a d'ailleurs déjà accouché, à Tenon, de quarante petits chats. Un malade de MM. Borel et Ceillier avait essayé de se tuer à la suite d'obsessions impulsives, revêtant la forme d'hallucinations psychomotrices verbales et s'accompagnant, lors des paroxysmes obsédants, d'idées secondaires de possession.

Lo... Clémence (observée par M. Targowla) « prétend communiquer avec Napoléon et Marie-Louise au moyen d'un téléphone placé dans son ventre. »

Hallucinations sensorielles : les plus fréquentes sont les hallucinations auditives ; elles comprennent les hal-

lucinations auditives élémentaires, différenciées et verbales.

Un paralytique général de l'Asile, Mont... Baptiste, entend plusieurs personnes qui lui parlent sous le lit de son voisin ; il leur crie : « Non, non, taisez-vous, vous m'embêtez ; je veux mener moi-même. » Les voix lui donnent des ordres, il se met en colère et veut commander. Un moment après, il sourit, heureux.

Dans une observation de Richter, ce sont des bruits bizarres qui réveillent le malade la nuit. M. Vermeyleylen a rapporté le cas « d'une femme de 59 ans qui, brusquement, la nuit, fit lever son mari parce qu'elle entendait la sonnerie d'appel du téléphone ; après les appels téléphoniques, ce furent des cris dans la rue, des insultes. Elle se crut poursuivie par les socialistes qui veulent détacher son mari d'elle. Bientôt sa famille entière, tout son quartier prirent parti contre elle. Cette malade discute avec ses voix, elle se console en conversant avec les plantes qui lui répondent ; les feuilles prennent des aspects de figures souriantes ou attristées, les avions lui parlent, etc... »

Après les hallucinations auditives, viennent les hallucinations de la vue, de l'odorat et du goût. Mont... Baptiste voit les personnes qui lui parlent, il les montre du doigt sous le lit de son voisin. Il nous raconte : « Je suis l'as du volant, je n'ai jamais été marié, c'est moi qui ai mis les fenêtres ; lui, il est champion de boules... Pas l'autre qui me regarde... Ils sont tous là dessous, c'est un tas de fumier, ils sont tous à guilotiner... »

Un autre malade de l'Asile, Bonh... voit « ses fem-

mes » sur son lit, il les désigne d'un geste circulaire. Une paralytique générale de M. Louis Rivet « vit des gens qui venaient la regarder à la porte ; quand elle s'approchait ils n'y étaient plus. « J'ai vu, dit-elle, une dame avec sa robe et son ombrelle ; j'ai vu un grand soldat couché sur une chaise longue, et puis deux chats... Un autre jour, j'étais couchée, des dames sont venues et se sont mises à danser.

G... Maria (obs. de Mlle Serin) déclare qu'on a cherché à l'empoisonner par la transmission de la pensée. Ses aliments ont des odeurs suspectes et un goût bizarre, ils sentent le vert de gris, l'éther. N. G..., capitaine (obs. de Mlle Pascal) : « On l'empoisonne avec toutes sortes de produits chimiques. Il a senti le goût de ces poisons dans les aliments. »

Il faut encore mentionner les *hallucinations psychiques* : le sujet a la sensation de percevoir une parole, un mot, mais il ne l'entend pas. Dans certains cas, il raconte que la voix se sert de sa propre bouche et lui impose de prononcer certaines paroles.

G... Maria se plaint que par la transmission de la pensée, les gens rentrent en elle « les gens lui prennent le cœur, lui bouchent l'estomac. On lui parle dans le gosier, la langue, les aliments dans l'estomac répètent tout ce qui s'est passé chez elle et toutes les misères qu'on lui a faites... On lui donne des ordres. On l'oblige à certains actes. On l'a jetée sur son gaz et on lui a commandé de se suicider. Des gens prennent sa personne et essaient de se substituer à elle. Pour les en empêcher, il lui arrive de se rouler dans la poussière et de manger de la terre. »

Une malade observée par MM. Rouillard et Klippel présente également des hallucinations psychiques. « On lui a pris ses idées ; on lui vole ses pensées sitôt qu'elles lui viennent. »

MM. Borel et Cellier mentionnent ce cas typique : « D... sentait quelque chose qui causait en lui, c'était comme une voix qui venait du cœur. Cette voix intérieure lui conseillait le suicide et lui répétait sans cesse : « Tu ne trouveras pas de travail, il faut que ça finisse, il faut te tuer. » Ces paroles ne représentent pas sa propre pensée, car D... dit qu'il n'a jamais eu l'idée de se suicider ; la voix intérieure l'oblige parfois à se taire au milieu d'une conversation ou au contraire lui fait prononcer des phrases qu'il n'aurait pas voulu dire, elle lui donne des ordres qu'il ne veut pas exécuter. Cette voix n'a aucun caractère auditif, D... ne peut la localiser dans l'espace, elle n'a pas de timbre, il la place en lui-même, dans son cœur. »

2° DÉLIRES BASÉS SUR DES INTERPRÉTATIONS DÉLIRANTES. — L'interprétation délirante est l'interprétation fausse d'un fait exact. Mais ce fait exact prend, à la suite de raisonnements erronés, une signification personnelle pour le malade et cette interprétation est fausse.

Il existe des interprétations délirantes exogènes et des interprétations délirantes endogènes, des interprétations centripètes et des interprétations centrifuges, des interprétations actuelles et des interprétations rétrospectives.

Dans l'interprétation exogène, le sujet entend parler

et pense qu'on parle de lui. Les interprétations endogènes sont des interprétations que le malade greffe sur son état actuel : a-t-il la diarrhée, il pense qu'un de ses ennemis a cherché à l'empoisonner.

Dans les interprétations centripètes, le malade rapporte tout à lui : tout ce qu'il voit, tout ce qu'il entend le concerne.

Dans les interprétations centrifuges, le malade est le point de départ de toutes les interprétations : le mélancolique qui s'accuse de maux imaginaires prétendra, par exemple, que ses enfants vont en subir les conséquences.

Les interprétations délirantes peuvent apparaître dans la paralysie générale : elles sont le plus souvent passagères et ne changent en rien l'aspect de la maladie. Et cela se comprend : les interprétations délirantes exigent un raisonnement auquel la démence va absolument à l'encontre.

Dans certains cas cependant elles sont plus tenaces et modifient considérablement l'aspect de la paralysie générale.

M. Ducosté en a rapporté deux observations, en 1907, dans sa « Note sur les interprétations délirantes dans la paralysie générale » : « Les interprétations délirantes ont été rarement notées dans la paralysie générale ; elles n'y font cependant pas défaut. Parfois elles ne sont que passagères, sans aucune action sur l'aspect et la marche de la maladie. D'autres fois elles sont suffisamment nombreuses et durables pour rejeter au second plan les autres troubles psychiques et donner à la paralysie générale des allures cliniques

spéciales. A la vérité cette dernière forme de paralysie générale est rare ; sur 150 paralytiques généraux, que l'auteur a observés à la Maison de Santé de Ville-Evrard, 2 cas seulement sont susceptibles d'être rattachés à ce groupe. Le premier malade s'était toujours fait remarquer par un caractère soupçonneux et chagrin et il se livrait à des interprétations délirantes plusieurs années avant l'éclosion de sa méningo-encéphalite ; la paralysie générale ne fit donc que donner un caractère démentiel à ses idées de persécution habituelles. Chez le second malade une paralysie générale indéniable évolua avec les allures d'un délire de persécution mal systématisé ; il interprétait dans un sens hostile aussi bien les gestes et les paroles de ceux qui l'entouraient que les divers troubles morbides dont il souffrait. Ces persécutions étaient d'ailleurs assez vagues et portaient bien le cachet démentiel propre aux diverses manifestations délirantes de la paralysie générale. » *Encéphale*, juin 1907.

Le cas déjà cité de MM. Borel et Ceillier présenta, à un moment donné, des idées délirantes d'auto-accusation, d'indignité, d'impuissance.

La date d'apparition des délires par rapport aux phases d'évolution de la paralysie générale est très variable.

Dans certains cas il semble que la psychose commence, la démence complique ensuite le tableau et finit par dominer.

Au Congrès d'Anvers — juillet 1928 — M. Poirier signale le cas d'un malade qui, deux mois avant la crise de démence paralytique, a manifesté des signes très

nets de dépression et de mélancolie avec réflexes normaux.

En général le délire apparaît au début de la paralysie générale : en juin 1929, MM. Georges Heuyer et Jacques Lacan présentent « une malade de 40 ans, dont la paralysie générale est certaine et chez laquelle le mode symptomatique de début offre un certain intérêt. Pendant deux ans un syndrome hallucinatoire au complet a tenu le premier rang, et c'est comme persécutée qu'elle a été envoyée à l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de police. Le syndrome d'automatisme mental bien constitué a résisté longtemps à la démence paralytique. C'est lorsque l'effondrement intellectuel a été total et complet que nous avons vu s'effriter les éléments du syndrome et disparaître sa cohérence. »

Un cas rapporté par M. Vermeulen, en 1926, est encore typique : « une malade montre tous les signes neurologiques et sérologiques d'une paralysie générale en évolution. A côté de cette symptomatologie organique non équivoque, elle a présenté, dès le début de sa maladie, un état mental qui ne rappelait en rien celui des paralytiques généraux. On aurait pu croire au contraire qu'il s'agissait d'une psychose hallucinatoire chronique. La malade présentait un délire tout particulier. Elle animait tout ce qui l'entourait et lui donnait figure humaine, elle parlait avec les plantes et les fleurs et voyait des paysages et des figures humaines dans tous les objets. Il s'agissait d'un vrai délire d'animation ludique. Après une évolution d'un an et demi, la démence a commencé à désagréger le

système tout en laissant aux hallucinations auditives toute leur activité. »

Les observations précédentes nous montrent des délires extrêmement tenaces, mais des cas ont été également signalés où le délire subit des éclipses et des réapparitions successives.

CHAPITRE IV

Diagnostic

L'étude clinique, en nous montrant les divers plans que peuvent occuper les délires dans les formes atypiques de la paralysie générale, nous a fait déjà entrevoir les difficultés que peut présenter parfois le diagnostic.

Dans ce diagnostic, en effet, ce qui est difficile ce n'est pas la mise en évidence du délire. Il est au contraire trop net dans certains cas, mais c'est la *découverte de la paralysie générale à sa phase de début*.

Pour diagnostiquer la maladie de Bayle, on ne se fiera pas complètement aux signes psychiques ; le trouble essentiel, la démence sera recherchée avec soin et le moindre soupçon devra donner l'éveil si l'on veut enrayer la marche de la maladie par un traitement efficace : il faudra tenir compte de toute diminution dans l'autocritique, de tout affaiblissement de la mémoire, du moindre trouble dans le sens moral.

Parfois même ces nuances n'existeront pas et le médecin aura recours alors aux signes physiques et aux syndromes humoraux.

Les signes physiques jouent un rôle primordial dans

le diagnostic de la paralysie générale, ils sont précieux dans les formes atypiques : on remarquera presque toujours le tremblement du paralytique général, les troubles de l'écriture, la dysarthrie, les irrégularités pupillaires, les modifications de la réflectivité.

A propos de la dysarthrie, il est utile de rappeler les conseils que donne M. le Professeur Froment sur le test des mots d'épreuve : « L'altération de la prononciation des dits mots que l'on constate dans la paralysie générale est beaucoup plus sous la dépendance des troubles de la mémoire verbale et de l'attention que des troubles du mécanisme articulaire. » On se souviendra que « l'altération des mots d'épreuve observée chez le petit aphasique moteur rappelle celle que l'on constate chez le paralytique général. »

On se méfiera des troubles sensoriels qui obéissent plutôt au délire.

Au point de vue humoral, on pourra avoir un Bordet-Wassermann positif dans le sang ; mais le contraire ne doit pas faire rejeter le diagnostic de paralysie générale. On attribuera une plus grande importance au liquide céphalo-rachidien : ici le Wassermann sera positif pourvu qu'on opère avec des méthodes précises et suffisamment sensibles.

Mais le meilleur signe est l'hyperlymphocytose, elle ne manque à peu près jamais.

L'hyperalbuminose se plie peut-être un peu trop à la marche de la maladie ; aussi si elle est très nette dans les cas évidents de paralysie générale, elle est presque normale dans les cas très frustes.

Les erreurs de diagnostic pourront se faire dans deux sens : ou bien on croira que le délire constitue l'unique symptôme morbide présenté par le malade, ou bien on pensera qu'il est associé à un autre état pathologique sans qu'on fasse le diagnostic de paralysie générale.

Ainsi on aurait pu croire qu'il s'agissait d'une psychose hallucinatoire chronique dans le cas présenté par M. Vermeylen.

La malade observée par Georges Heuyer et Jacques Lacan portait d'abord l'étiquette de « persécutée ». Le paralytique de MM. Rouillard et Klippel avait été pris pour « un délire de persécution ».

Deuxième groupe d'erreurs : Le délire est diagnostiqué, mais on reconnaît un état pathologique concomitant pour lequel il faudra faire le diagnostic avec la paralysie générale.

En premier lieu : Il peut s'agir d'un *tabes*. Les psychoses existent dans certains cas de *tabes*, Dieulafoy les désignait sous le nom de folie tabétique : elles sont la conséquence d'une inflammation syphilitique de la pie-mère cérébro-spinale.

Depuis les travaux de Pierret (de Lyon) on a incriminé des lésions encéphalitiques discrètes, de sorte que toutes ces manifestations relèveraient de l'adjonction au *tabes* d'une paralysie générale progressive ou de lésions de syphilis cérébrale. Les recherches anatomiques et histologiques de Jakob et autres auteurs ont fait connaître que les lésions diffèrent et ressemblent à celles de la syphilis cérébrale avec un processus inflammatoire ou non (endartérite syphilitique).

On voit donc que le diagnostic de ces formes pourra

être assez difficile. Quoi qu'il en soit, s'il existe des psychoses uniquement tabétiques, on ne les confondra pas avec les psychoses de la maladie de Bayle typique ; les signes différentiels seront suffisamment nets pour qu'on ne fasse pas la confusion.

Il est intéressant ici de rappeler quelques travaux parus sur les modifications des lésions tabétiques : voici le résumé d'une communication faite par D. M. Kaplan en décembre 1913 : « D'une façon générale quand un tabes est traité énergiquement par le salvarsan, la réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien tend à s'atténuer. D'une façon générale aussi, cette réaction de Wassermann reste complète et invariable dans la paralysie générale traitée. Or l'auteur, qui a fait plusieurs centaines de Wassermann chez les tabétiques, répétant l'essai souvent plusieurs fois chez chacun, estime qu'il existe chez ces malades de véritables syndromes évolutifs de la réaction. Chez quelques tabétiques, notamment, la réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien demeure complète et invariable, comme dans la paralysie générale. Cette constatation est de nature à faire craindre chez le malade la menace de la paralysie générale. En fait sur 12 cas de ce genre, l'auteur a vu apparaître 9 fois chez les tabétiques une paralysie générale caractérisée et 3 malades sont morts rapidement après la manifestation de cette complication. »

Au Congrès de Lille, en juillet 1930, M. Alexander (de Bruxelles) « insiste sur l'intérêt qu'il y a à comparer l'intensité de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Le rap-

port entre les nombres indiquant cette intensité, appelé par M. Dujardin index de perméabilité, est toujours supérieur à 1/10. Dans un grand nombre de cas, sa recherche a permis de déceler, plusieurs années avant le début des troubles mentaux, les syphilitiques qui allaient devenir paralytiques généraux. Chez ces sujets le traitement spécifique, même intensif, peut amener une modification du Bordet-Wassermann du sang, mais est sans action sur celui du liquide céphalo-rachidien.

On peut trouver des malades présentant un syndrome physique et mental de paralysie générale, mais chez lesquels le liquide céphalo-rachidien donne un Bordet-Wassermann négatif. Ce sont généralement des cas de tabo-paralysie qui ont évolué très lentement ; les anticorps caractéristiques de la réaction ont disparu ; on peut dans certains cas les faire réapparaître dans le liquide en provoquant, par l'injection intraveineuse d'hexaméthylène-tétramine ou l'injection intrarachidienne d'eau distillée par exemple, une exagération de la perméabilité méningée. »

A ce même Congrès, MM. Leroy et Médakowitch « attirent l'attention sur l'importance de la réaction du « Siliquid » dans l'examen du liquide céphalo-rachidien. Ce procédé extrêmement simple et pratique, donne, d'après ces auteurs, des résultats constants. La réaction est tellement sensible que Schwartz et Grunewald citent quelques cas dans lesquels elle était positive (paralysie générale) alors que le B. W. et les réactions colloïdales étaient encore négatives ».

Après le tabès, on pensera à la *syphilis* banale. En

1899, déjà, le Professeur Pierret (de Lyon) inspira, à son interne, Jacquin, sa thèse sur les syphilo-psycho-ses. Nous lisons dans les conclusions de ce travail : « Il existe, liés surtout à l'évolution de la syphilis secondaire, des troubles mentaux revêtant de préférence les formes de mélancolie simple, de mélancolie anxieuse, de mélancolie avec stupeur, de confusion mentale hallucinatoire, de délire aigu fébrile.

« Ces troubles se terminent généralement, si le traitement est intensif, précoce, prolongé, par la guérison, ou, dans des cas plus rares, par une démence qui apparaît de bonne heure, mais marche lentement.

« Ils se distinguent, par l'absence de symptômes moteurs ou sensitifs, d'autres troubles mentaux, accompagnés de symptômes de ce genre, qu'on observe de préférence à la période tertiaire de l'infection.

« Ces troubles sont d'origine toxi-infectieuse ; ils sont essentiellement justiciables du traitement spécifique, notamment du traitement mercuriel, et l'isolement n'intervient dans la guérison que comme moyen adjuvant. »

Depuis 1899, de nombreuses publications ont paru sur les *psychoses d'origine syphilitique* ; dans plusieurs cas les auteurs les étudient dans une revue générale des psychoses toxi-infectieuses (paludisme, grippe, syphilis, encéphalite, alcoolisme, etc.).

Au Congrès de Barcelone — mai 1929 — M. Hamel (de Marseille) et W. Lopez-Albo (de Zaldivar) déclarent : « En dehors de la paralysie générale et du tabes, on sait aujourd'hui que la syphilis peut être

chez l'adulte la cause efficiente de nombreuses psychoses : syndromes mentaux avec prédominance d'hallucinoïse auditive, idées délirantes paraphréniques, confusion mentale, états d'angoisse sans altération spéciale de la conscience et sans issue démentielle.

Les réactions biologiques fournissent aux recherches étiologiques des bases solides... »

Syphilis cérébrale : Dans son étude « Contribution à la connaissance des hallucinoses syphilitiques », M. Rieti présente « l'observation d'un cas où le diagnostic était hésitant : les hallucinations impératives auditives firent admettre le diagnostic d'hallucinoïse ; l'anatomie pathologique montra qu'il s'agissait bien d'une syphilis cérébrale.

L'hallucinoïse syphilitique est une entité morbide distincte ; les malades acceptent leurs hallucinations, qui sont parfois absurdes, sans les critiquer.

On trouve chez eux le signe d'Argyll-Robertson, la symptomatologie nerveuse de la syphilis cérébrale, l'absence de démence et des foyers nettement circonscrits. »

Certains cas sont extrêmement difficiles à débrouiller, telle cette observation de MM. Truelle et Prugniaud présentée à la Société Clinique de Médecine Mentale en octobre 1926 : « Il s'agit d'une femme de 54 ans qui, depuis un an, présente un délire mélancolique et chez laquelle, dans le même temps, semble-t-il, s'est révélé un syndrome biologique de syphilis méningée en activité. La syphilis méningée ne s'est traduite cliniquement que par un ptosis gauche passager, par de l'anisocorie transitoire et par un peu de

paresse pupillaire. Par contre toutes les réactions spécifiques de son liquide céphalo-rachidien ont été et sont restées positives, avec une lymphocytose variant de 112 à 60 éléments.

La syphilis méningée est-elle la cause nécessaire et suffisante du syndrome mélancolique ? Ou n'a-t-elle agi que comme cause adjuvante épisodique ?

M. Briand croit qu'il y a, chez la malade de M. Truelle, une simple concomitance de deux affections et non une relation de cause à effet. On rencontre souvent la syphilis chez les malades d'asile et il n'est pas plus rare de la trouver dans la mélancolie que dans une autre affection mentale.

M. Leroy pencherait plutôt, dans ce cas, vers l'hypothèse d'un délire mélancolique prémonitoire d'une paralysie générale. »

Citons encore cet autre exemple : En 1921, MM. Vallon et Louis Parent signalent un délire de négation chez un syphilitique longtemps considéré comme paralytique général. Le diagnostic de maladie de Bayle avait été fait douze ans auparavant par MM. Dupre, Rogues de Fursac, Vallon. Le liquide céphalo-rachidien présentait alors de l'hyperlymphocytose. La dysarthrie et le signe d'Argyll n'avaient cependant jamais été très nets. Alternatives de dépression avec idées hypocondriaques, allant jusqu'à l'état cachectique et d'excitation, avec hallucination, idées de grandeur et de persécution. Puis longue période de stabilisation, atténuation de tous les symptômes, conservation de l'intelligence. En 1921, le tableau clinique est celui d'une dépression mélancolique avec syndrome de Cotard et,

fait remarquable, le L. C. R. est redevenu normal. Il ne s'agissait donc probablement pas de paralysie générale...

Dans sa thèse, Mlle Serin donne l'opinion suivante sur la syphilis cérébrale banale, méningo-vasculaire : « Le diagnostic se fera sur l'absence de démence caractéristique et de dysarthrie, sur l'existence de signes de localisations. Il s'agit en fait d'une affection « psycho-somatique » à début récent et à évolution rapide s'accompagnant de réactions humorales positives et cédant rapidement à l'action du traitement, ou bien d'une affection de date ancienne à syndrome humoral négatif ou à peu près, et sur laquelle la thérapeutique reste sans effet. »

Syphilis nerveuse : Dans le « Sud Médical et Chirurgical » du 15 avril 1928, M. A. Parot (d'Alger), envisageant les psychoses relevant de la toxi-infection syphilitique, signale « la forme épileptoïde de la syphilis nerveuse qui peut, à l'occasion des crises, amener les états confusionnels qu'on rencontre habituellement chez les comitiaux et, parfois même, réaliser d'emblée des équivalents psychiques. » Le diagnostic ne se pose même pas avec la paralysie générale.

Un très grand nombre d'affections peuvent, en attaquant le névraxe, produire des états délirants, *l'alcoolisme chronique* donne des délires visuels (zoopsies), la *néphrite chronique*, certains troubles de la *crase sanguine* peuvent être également envisagés, on connaît les *psychoses préséniles*, *artérioclérotiques*, mais le diagnostic sera toujours facile avec la paralysie gé-

nérale. Il en est de même pour certaines *infections chroniques* comme le paludisme.

L'encéphalite épidémique exigera une ponction lombaire.

Enfin, avant de terminer ce chapitre, signalons l'observation suivante de MM. Laignel-Lavastine et Pierre Kahn : « Les auteurs présentent une femme qui fut prise il y a six mois de délire hallucinatoire. Elle se plaignait d'être « rayonnée », électrisée, de sentir de mauvaises odeurs, d'entendre des bruits, de voir sa mère comme en projection, etc. En même temps existe une réaction méningée caractéristique :

25 lymphocytes par mm³.

0,85 de sucre.

séro-réaction de Guillain douteuse.

Le séro-diagnostic de la syphilis est faiblement positif dans le sang. »

Et les auteurs concluent : « Ces psychoses hallucinatoires avec réaction méningée, qui ne sont pas liées à la syphilis secondaire, méritent d'être placées dans un groupe d'attente. Peut-être ont-elles des liens avec l'encéphalite épidémique ? »

En résumé, devant un malade délirant et qui présente des signes psychiques pouvant faire soupçonner une démence paralytique, un examen complet s'imposera pour mettre en évidence et les signes physiques et les signes humoraux qui seuls feront découvrir le diagnostic exact.

CHAPITRE V

Pathogénie

Comme l'a exprimé Magnan, les délires systématisés se manifestent dans les paralysies générales peu avancées ou pendant les rémissions, c'est-à-dire dans les cas où l'intelligence est peu diminuée. Les recherches anatomo-pathologiques effectuées par les auteurs qui se sont occupés de la question ont montré qu'à ce minimum de troubles intellectuels correspondaient des lésions d'encéphalite réduites. Il y a donc parallélisme entre les lésions anatomiques et les troubles psychiques.

C'est à Alzheimer et à Jakob que nous devons les descriptions les plus précises des lésions rencontrées dans les « paralysies stationnaires. »

Bien que très contestée, la vieille théorie localisatrice paraît devoir être ici absolument confirmée : dans les formes paranoïdes de la paralysie générale nous devons souscrire à l'opinion de Wernicke que la localisation du processus morbide joue un rôle presque exclusif dans le modelage de la maladie.

Nous trouvons dans un article de MM. A. Joffroy et A. Leri, dans l'*Encéphale* de 1907, sur l'Histologie

de la Paralyse Générale : « Lissauer avait le premier attiré l'attention sur les foyers localisés de dégénération et de prolifération névroglique que l'on peut trouver dans la paralysie générale, soit dans la substance grise, soit dans la substance blanche, même sous forme de plaques demi-transparentes visibles à l'œil nu. C'est à des lésions limitées de ce genre qu'il faudrait attribuer un certain nombre de symptômes de lésions en foyer que l'on observe chez des paralytiques. Ces recherches intéressantes furent confirmées par de nombreux observateurs, comme Ascher, Heilbronner, Muratow, Starlinger, Boedecker, Juliusburger, G. Ballet, Mönkemöller, etc.

En 1901, Alzheimer publia un très important travail posthume de Lissauer dans lequel celui-ci distinguait plusieurs formes anatomiques et cliniques de la Paralyse Générale...

En 1902, Sérieux et Mignot ont insisté, avec plusieurs cas à l'appui, sur ce qu'ils ont appelé la variété sensorielle de la paralysie générale ; elle répondrait plus ou moins complètement à la forme atypique de Lissauer et Alzheimer et serait caractérisée cliniquement par la prédominance des troubles sensoriels et des troubles de la sphère du langage (aphasie motrice, hallucinations motrices verbales, hallucinations de l'ouïe, surdité verbale pure, aphasie sensorielle, hallucinations de la vue, etc.) et anatomiquement par des lésions circonscrites de méningo-encéphalite, prédominantes au niveau des centres de la région postérieure...

Les thèses de Baruk, Henry, Rieu, Jamet, celle de

Mlle Pascal, les observations de Vigouroux et Mlle Pascal portent sur ces formes sensorielles ou à prédominance régionale de la paralysie générale. »

MM. Joffroy et Leri résumaient ainsi l'opinion de la plupart des auteurs et d'eux-mêmes : « On peut dire d'une façon générale que les lésions paralytiques tendent bien à se généraliser à l'ensemble de l'écorce et que la maladie mérite bien sa dénomination anatomique de méningo-encéphalite diffuse.

Pourtant il y a des régions où les lésions sont prédominantes, plus marquées et plus précoces ; ce sont presque toujours, dans les cas typiques, les parties antérieures du cerveau, le lobe frontal (notamment sa portion orbitaire) et à un moindre degré le lobe pariétal ; ce sont, parfois, dans des cas atypiques, de toutes autres régions, soit spécialement les parties postérieures du cerveau, lobe occipital et lobe temporal, soit des portions irrégulièrement disséminées et il n'est guère probable que ces portions répondent plutôt à des centres d'associations qu'à des centres de projection. »

Quelques années plus tard parurent les résultats des recherches de Nissl (1913), puis de F. Schultze. En 1920, Jakob publia des constatations extrêmement intéressantes sur les paralysies générales prolongées. Jakob pratiqua une biopsie de la première circonvolution frontale droite chez un paralytique général qui évoluait depuis trois ans avec un état d'agitation et des idées de persécution renforcées par des hallucinations auditives. Cette intervention montra que sous la pie-mère épaissie, le cortex cérébral présentait une infiltration des capillaires par des lymphocytes, et les cel-

lules nerveuses offraient des lésions de dégénérescence chronique. Quatre ans plus tard, le malade, devenu dément complet, mourut ; l'autopsie montra qu'avec les progrès de la démence les lésions s'étaient transformées en lésions absolument typiques de la méningo-encéphalite.

Voici ce que dit J. Lhermitte dans l'*Encéphale* de janvier 1921 : « Certes, dans les Paralysies Générales dont l'évolution s'affirme comme la plus lente, nous retrouvons tous les éléments fondamentaux du tableau anatomique de la plus classique des encéphalites paralytiques et, ni les désintégrations neuroniques, ni la prolifération névroglique, ni les infiltrations périvasculaires ne font défaut, mais ces lésions nous apparaissent avec un cachet spécial.

« Les modifications cellulaires frappent surtout les éléments des couches corticales profondes ; elles revêtent parfois une particulière intensité dans les circonvolutions temporales (ce qui, au point de vue physiopathologique, n'est pas sans intérêt en raison de la fréquence des hallucinations auditives) ; enfin, ces modifications neuroniques affectent beaucoup plus le type de l'atrophie cellulaire chronique (sclérose cellulaire de Nissl) que l'apparence des lésions aiguës (gonflement cytoplasmique, chromolyse, excentration nucléaire, etc.), qui marquent les encéphalites paralytiques à évolution progressive.

« Si, dans aucun des cas que nous avons cru pouvoir accepter comme légitime, les lésions inflammatoires de l'appareil conjunctivo-vasculaire n'ont jamais

fait défaut, celles-ci apparaissent en général plus discrètes, au moins dans leur ensemble. »

Enfin, J. Lhermitte conclut que l'*endartérite syphilitique* des petits vaisseaux de l'écorce cérébrale est responsable des troubles que l'on constate tels que l'excitation maniaque avec hallucinations auditives, les accès épileptiques, les ictus apoplectiformes et enfin les états paranoïdes ou catatoniques.

Il semble bien que l'opinion de Lhermitte résume les idées actuelles concernant la pathogénie des formes délirantes atypiques de la paralysie générale.

DEUXIÈME PARTIE

Les délires secondaires de la paralysie générale

CHAPITRE PREMIER

Historique des délires secondaires de la paralysie générale

Les premières observations des formes hallucinatoires de la paralysie générale à la suite du traitement par inoculation de la malaria furent publiées par Gerstmann (de Vienne) en septembre 1924.

Après lui, de nombreux auteurs publièrent des observations analogues, si bien qu'en 1930, Vermeulen et Vervaeck pouvaient écrire : « On voit, à la faveur des perturbations biologiques et histologiques dues au traitement malarique, surgir des syndromes psychiâtriques qui s'apparentent et même s'identifient à ceux dont la nature lésionnelle, quoique souvent pressentie,

restait encore le champ des théories et des hypothèses. Et le tableau clinique de la Paralyse Générale, qui paraissait définitivement tracé, se modifie profondément ; *les formes atypiques* : hypocondriaques, dépressives, quérulantes, hallucinatoires, catatoniques, se multiplient de façon inquiétante. »

En même temps qu'il signalait les psychoses de la Paralyse Générale consécutives à la malariathérapie, Gerstmann faisait observer qu'une modification clinique analogue pouvait également se rencontrer lors du traitement par des produits bactériens (tuberculine).

En 1925, M. Carlo Goria (de Turin) faisait connaître qu'il avait traité par la tuberculine une trentaine de malades, obtenant le plus souvent une atténuation des symptômes psychiques et des modifications du syndrome humoral, sans qu'il y ait d'ailleurs de parallélisme entre la rémission de l'état mental et l'état physique, celui-ci étant susceptible d'empirer alors que les conditions mentales deviennent satisfaisantes. Chez quelques sujets l'auteur avait constaté l'apparition de symptômes schizophréniques à mesure que le syndrome paralytique s'atténuait comme si l'atteinte du cerveau était déplacée.

Dans un rapport fait à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, le 29 octobre 1931, MM. D. Anglade et A. Donnadieu publiaient deux observations de délires secondaires à la tuberculinothérapie et en discutaient succinctement la pathogénie.

Bientôt ce fut au tour de l'huile soufrée.

Le 9 décembre 1931, MM. Larrivé et Mestrallet publiaient, à la Société Nationale de Médecine et des

Sciences Médicales de Lyon, un cas de délire secondaire apparu chez un paralytique général à la suite d'un traitement par l'huile soufrée (pyrétothérapie réglée).

Nous n'avons pas trouvé d'observations analogues avec les traitements pyrétogènes autres que la malaria, la tuberculine et la sulfosine. Mais nos recherches bibliographiques nous ont permis d'en découvrir en dehors de la pyrétothérapie.

M. Guiraud a rapporté un cas de paralysie générale à évolution torpide dans lequel, sous l'influence du traitement arsenical, les idées absurdes de grandeur se sont modifiées pour se transformer en un délire bien systématisé comparable à celui des paraphréniques.

Enfin, bien avant toutes ces observations, le Docteur Francis Devay, médecin adjoint de l'asile de Saint-Jean de Dieu, à Lyon, a rapporté des délires hallucinatoires secondaires à un traitement spécifique intensif : injection de calomel et mélange iodo-ioduré. (*Echo Médical de Lyon*, 15 avril 1899.)

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I

Délire secondaire à la malariathérapie.

Gen... Isidore, 37 ans, tourneur-outilleur. Entre à la Clinique neurologique de l'Hôtel-Dieu en janvier 1929, avec des signes manifestes de paralysie générale et de tabes. Il a contracté la syphilis en 1912 (à 20 ans). Celle-ci a été insuffisamment traitée. Paludisme pendant la guerre.

En 1928, troubles sphinctériens, douleurs fulgurantes, troubles de la marche.

En même temps, d'après sa femme : modifications considérables du caractère ; il devient irritable, revendicatif, avare, jaloux. Très forte excitation sexuelle. Son médecin le traite par trois séries de novarsénobenzol, à doses progressives jusqu'à 0,90. Amélioration des troubles de la marche, mais apparition de signes d'affaiblissement intellectuel qui vont en s'accroissant. Un mois avant l'entrée : acte délictueux (vol d'un colis dans une gare), amaigrissement (5 kgs depuis 2 ans).

À l'examen : Euphorique. Puéril. Déficit intellectuel et surtout dysarthrie très nette, tremblement des doigts et de la langue. Les pupilles sont en myosis, déformées et ne réagissent pas à la lumière.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont abolis. Ebauche de Romberg : les yeux fermés, démarche titubante.

Ponction lombaire :

8 lymphocytes.

0,90 d'albumine.

B. W. très positif.

Impaludation. — Neuf accès quotidiens bien supportés. Deux jours après la fin des accès, *hallucinations auditives*. Le malade entend sa femme, à travers la cloison, et lui répond. Il est puéril, capricieux, mais tranquille.

Stovarsol.

Le 25 mars 1929, l'état général est très amélioré, mais les troubles psychiques persistent. Sa femme l'invective le soir et veut l'empoisonner. Le malade essaie de dissimuler son délire.

Internement à l'Asile de Bron, le 26 mars 1926. A l'entrée à l'Asile, on confirme l'existence du *délire systématisé de persécution* à base d'hallucinations visuelles et auditives.

Le malade prétend recevoir la visite de « filles qui volent » et font deux cents kilomètres à l'heure. Ces filles sont singulièrement excitées et le malade leur prête les plus bas instincts. Quelquefois il voit aussi avec elles trois agents de son pays. Tout ce monde aérien lui parle et l'avertit de ce que devient sa femme. Bonne mémoire. Insomnies.

Physiquement : Troubles de la démarche ; troubles de la parole. Pupilles punctiformes ne réagissant pas à la lumière. Réflexes tendineux abolis aux membres supérieurs et inférieurs. Tremblement de la langue et des doigts. Signe de Romberg.

La ponction lombaire donne des résultats très différents de ceux qui ont précédé le traitement :

9 lymphocytes.

0,30 d'albumine.

Wassermann douteux.

Sucre normal.

Deuxième série de stovarsol. En décembre 1929, on

note : Pas de modification notable de l'état mental. Le malade est toujours euphorique et inconscient de son état.

Troisième série de stovarsol. Le 20 novembre 1930, la ponction lombaire donne :

3 lymphocytes.

Moins de 0 gr. 30 d'albumine.

Réaction de B. W. légèrement positive.

Actuellement le malade présente quelques *idées hypochondriaques*, il se plaint en particulier de ne pas pouvoir respirer.

OBSERVATION II

(MM. ANGLADE et A. DONNADIEU)

Délire secondaire à la tuberculinothérapie.

Mme M..., âgée de 35 ans, entre le 17 octobre 1930 à l'Asile d'Aliénés de Château-Picon, avec le diagnostic de paralysie générale. Son certificat mentionne un essai de traitement malarique sans résultats à l'hôpital Saint-André.

Elle n'accuse aucune idée de grandeur, ni de richesse, pas plus que de persécution. On ne décèle d'hallucinations d'aucune sorte.

Les renseignements fournis indiquent que Mme M... a contracté la syphilis en 1916, syphilis légèrement soignée. Vivant avec sa fille, celle-ci avait remarqué qu'elle était devenue, depuis un an, très désordonnée, incapable de tenir le ménage, violente sans motif, riant facilement. Elle a eu sept grossesses dont une seule a été menée à terme.

On commence le 23 octobre un traitement par la *tuberculine* en injectant 2 gouttes dans 5 cc. d'eau distillée par voie sous-cutanée. La température atteint 38°9.

Deuxième injection le 31 octobre : température rectale : 40°5. On déclanche ainsi, entre le 23 octobre et le 10 novembre, quatre accès fébriles.

La malade ayant bien réagi, l'état général s'étant amélioré, on arrête le traitement.

Poids, le 13 décembre 1930 : 64 kgs 600. Mais vers le 13 janvier 1931, la malade commence à être déprimée, elle maigrit rapidement : « Je me suis fatiguée, ça ne va pas », dit-elle et, en février, elle présente un véritable *accès de dépression mélancolique*, avec anxiété, insomnie, idées délirantes : « Ne m'approchez pas, je vais vous donner mon mal ; ma syphilis ressort, je vais la donner à tout le monde », dit-elle en repoussant médecins et infirmières. « Je suis une malheureuse, j'ai fait le mal. »

A la date du 20 février, le syndrome mélancolique est très accentué ; la malade se cache sous ses draps, prend des attitudes de grande humilité, craignant toujours de donner sa maladie. Elle est sale et gâteuse.

Le 23 février, on recommence le traitement par la tuberculine. De cette date au 19 mars, elle fait quatre accès fébriles dont le plus fort atteint 38°.

Peu à peu, l'état général redevient meilleur, les idées mélancoliques disparaissent, lorsque survient, le 30 avril 1931, un érysipèle de la face, s'accompagnant d'un état confusionnel partiel. La température, peu élevée dans l'ensemble, présente cependant quatre clochers aux environs de 40°.

Puis tout rentre dans l'ordre, la malade continue à s'améliorer et continue à s'occuper des soins du ménage et plus tard de travaux de couture.

OBSERVATION III (résumée)

(D. ANGLADE et A. DONNADIEU)

Délire hypocondriaque secondaire à la tuberculinothérapie

Il s'agit d'un sous-officier atteint de paralysie générale typique, avec conceptions délirantes extravagantes. Les signes physiques, cytologiques et sérologiques existaient au complet. On pratique deux séries d'injections tubercu-

liniques qui provoquent des réactions fébriles fortes et régulières.

Ce traitement est suivi d'une amélioration telle qu'elle donne l'aspect d'une guérison avec conscience de l'état antérieur.

Puis apparaît un délire hypocondriaque secondaire; il croit avoir été empoisonné par l'arsenic, avoir le corps délabré, transformé, etc.

OBSERVATION IV (MM. LARRIVÉ et MESTRALLET)

Délire secondaire apparu chez un paralytique général à la suite d'un traitement par l'huile soufrée.

Pour... Henri, 38 ans. Entré le 10 août 1931, à la Maison de Santé de Saint-Jean-de-Dieu, avec le certificat suivant du Docteur Nordmann: « Paralytie générale avec ic-tus récent, désorientation, euphorie niaise. »

L'examen pratiqué au moment de l'entrée montre un effondrement complet de toutes les facultés intellectuelles; on ne peut obtenir de lui aucune réponse sensée, ses propos et ses actes sont d'une incohérence absolue, il est gâteux, turbulent. Au point de vue physique, on note un Argyll-Robertson bilatéral, une vivacité des réflexes rotuliens et achilléens, un tremblement fibrillaire des doigts, de la langue et des muscles de la face ainsi qu'un gros embarras de la parole. L'examen du liquide céphalo-rachidien donne les résultats suivants :

28 lymphocytes.

Albumine, 0 gr. 71.

Wassermann positif.

Le 17 août, le malade fut soumis à un traitement par l'huile soufrée selon la technique habituelle; injection

intra-musculaire tous les trois jours de doses progressivement croissantes d'huile soufrée. Nous avons commencé par une dose de 1 cc. que nous avons chaque fois augmentée de 1 cc. jusqu'à 10 cc. Nous avons obtenu ainsi la production de dix accès fébriles qui furent parfaitement tolérés. Le 27 septembre, nous notons une légère amélioration. Le malade répond, cette fois, aux questions posées, fournit quelques renseignements, mais, bien que moins accusé, l'affaiblissement intellectuel persiste. Au début d'octobre, notre malade commence à s'occuper très régulièrement, faisant preuve d'initiative dans ses occupations, ayant un comportement normal.

Mais, dès cette époque, il accuse des *hallucinations* qui, jusque-là, n'avaient pas été mises en évidence. Celles-ci, au début, ne se manifestent que l'après-midi, mais peu à peu, elles augmentent de fréquence. Le 17 novembre 1931, on peut noter : l'affaiblissement n'est pratiquement plus appréciable. Le malade répond à toutes les questions posées, donne avec précision les renseignements qu'on lui demande, répond rapidement et sans hésitation. Par contre, on constate un délire de persécution basé sur les hallucinations auditives et des interprétations fausses. L'un de ses anciens voisins de lit, d'ailleurs décédé à l'heure actuelle, l'insulte presque continuellement, profère des menaces à son égard, monte les autres malades qui ont envers lui une attitude hostile et méfiante. Cette voix le suit partout et partout où il passe elle le poursuit. Malgré cela, il n'adopte aucune attitude agressive et continue à travailler comme par le passé.

Au point de vue physique : achoppement et tremblement beaucoup moins accusés.

Pupilles immobiles. Réflexes toujours vifs. Un nouvel examen du liquide céphalo-rachidien donne les résultats suivants :

Albumine, 0 gr. 45.

30 lymphocytes.

Wassermann positif.

OBSERVATION V
(D'après P. GUIRAUD)

Psychose secondaire au sulfarsénol

F..., paralytique général typique.

Début par de l'excitation et un ictus apoplectiforme en 1920. Le malade est traité activement par des arsenicaux ou du bismuth et avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation ; il présente pendant deux ans de la dysarthrie, des idées de grandeur absurdes et instables ; il fait des achats ridicules, il accumule des morceaux de cailloux qu'il prend pour des diamants, etc... La ponction lombaire est positive (W +, lymphocytose). Progressivement, le calme revient, la dysarthrie, le tremblement disparaissent à peu près complètement, le délire absurde se modifie, et le malade qui n'avait que peu de troubles de la mémoire, perd presque complètement l'aspect du paralytique général. Les *idées délirantes se systématisent*. Le thème de persécution et de grandeur basé surtout sur des interprétations délirantes et de l'activité imaginative, ressemble beaucoup à ceux des paraphréniques. Notre sujet va rétrospectivement rechercher des souvenirs, des détails infantiles pour expliquer le thème de persécution. Un de ses camarades plus riche que lui le brimait et l'humiliait, F... l'a corrigé en le dépouillant de sa culotte. Quarante ans après, en voyant prendre des bains à la Maison de Santé, il a reconnu le derrière de cet ancien camarade et a compris qu'il avait toujours été persécuté par lui en France, en Russie, en Pologne. Les idées de grandeur trop absurdes ont été éliminées. Quand on rappelle à F... qu'il obligeait chaque jour sa femme à emporter chez elle son sac à main bourré de diamants, il sourit et rectifie : « Ce n'étaient pas des diamants, mais des pierres intéressantes au point de vue géologique. » Malade depuis 1920, F... a conservé jus-

qu'au début de 1925 une excellente mémoire, il a pu écrire en détail et en style très agréable l'histoire de sa vie. Depuis cette année, les souvenirs semblent moins précis. F... lit le journal chaque jour, conserve une correction parfaite de manières et de toilette; il n'a plus aucun tremblement, ni embarras de la parole, sauf pendant de rares périodes d'excitation ou de colère, il ne conserve que des troubles pupillaires; il refuse obstinément tout traitement et toute ponction lombaire. Nous ne croyons pas qu'un observateur non averti ferait le diagnostic de paralysie générale.

OBSERVATION VI (D'après P. GUIRAUD)

Le diagnostic de P. G. était évident à l'entrée. X..., dont le genre de vie demandait beaucoup d'intelligence, d'énergie et une conduite prudente, ne donnant pas prise à ses adversaires, avait commencé par une période d'excitation avec achats inconsidérés, larcins absurdes et évidents, euphorie béate alternant avec un état neurasthénique, et dysarthrie évidente. La ponction lombaire donnait à l'entrée les résultats suivants: lymphocytes, 70; W. +; Benjoin, 22222. 02222. 00000. Le traitement par le sulfarsénol et le lait avait provoqué dès le début une forte réaction avec amaigrissement rapide, agitation extrême, fièvre. X... était ensuite sensibilisé au point que 12 centigr. de sulfarsénol provoquaient une réaction thermique de 40°. Sans avoir reçu en tout plus de 0 gr. 50 de sulfarsénol et 10 cc. de lait sous-cutané, X... reprit de l'embonpoint et s'améliora jusqu'à la disparition complète de tous les symptômes, sauf la persistance d'une paresse pupillaire. Il demanda sa sortie au Tribunal Civil et l'obtint après expertise. Mais après quelques jours,

il rentra de lui-même à la maison de santé. Il était dans un *état dépressif*, avec inquiétude continue, nosophobie, peur de la mort. Après des alternatives variables d'amélioration et d'aggravation, des épisodes d'onirisme terrifiant, ce malade est actuellement conscient de tout ce qui se passe autour de lui, continuellement préoccupé par son état de santé, du reste défectueux; il éprouve un véritable dégoût pour tout ce qui le passionnait naguère, détourne la tête quand on lui parle de politique ou d'action sociale; il refuse avec irritation de regarder même un journal et accepte à grand'peine les visites de sa famille. Il vit dans un état de mélancolie, avec refoulement du monde extérieur; sa mémoire n'est pas plus mauvaise que celle qu'un mélancolique banal; l'embaras de la parole n'est plus perceptible.

Observations de délires consécutifs à un traitement spécifique intensif par les injections de calomel et mélange iodo-ioduré. (D^r Francis DEVAY, médecin adjoint de l'Asile de Saint-Jean-de-Dieu).

OBSERVATION VII

B..., paralytique général. Après traitement, amélioration d'une durée d'un mois et demi, caractérisée par la disparition du délire et des conceptions mégalomaniaques, mais sans retour complet à la mémoire des faits présents, par l'atténuation du tremblement de la parole et des mains. Le malade avoue à ce moment la syphilis contractée 12 ans auparavant. Rechute caractérisée par un *délire hallucinatoire* bien différent du délire absurde mégalomaniaque du début.

OBSERVATION VIII

Vi... A l'entrée, mégalomanie. Affectivité nulle. Agitation excessive. Les symptômes physiques presque nuls au début, se sont nettement caractérisés dans la suite.

Période d'amélioration absolument complète après trois mois de traitement, pendant dix jours. Le malade raconte qu'il a contracté la syphilis au régiment, il y a 15 ans. Rechute caractérisée par l'apparition d'un délire dont le point de départ sont des *hallucinations de la vue et de l'ouïe*.

OBSERVATION IX

R... Paralyse générale à forme d'excitation maniaque avec délire de satisfaction et des grandeurs. Après deux mois de traitement, l'excitation maniaque a disparu pour faire place à un délire basé sur des *hallucinations de l'ouïe* qui, en un mois et demi, a disparu progressivement, ne laissant qu'une tendance à l'exagération et à la satisfaction personnelle. Le malade, toujours en traitement, s'occupe, à la satisfaction de tout le monde et s'améliore encore chaque jour, soit au point de vue physique, soit au point de vue mental.

OBSERVATION X

Ch..., 32 ans. Syphilis contractée 12 ans auparavant. Entré un an après l'apparition des premiers symptômes. Démence mégalomaniaque. Symptômes physiques très nets : inégalité pupillaire, tremblement fibrillaire, ânon-

nement. Durée du traitement : un an. Les premières modifications ont été obtenues au bout de 6 mois. Elles ont été caractérisées par l'apparition d'*hallucinations de l'ouïe et l'évolution du délire de persécution*. Les troubles physiques étaient réduits à leur minimum, la persistance des troubles pupillaires. L'ânonnement n'existait plus, même pendant les crises de colère contre des ennemis imaginaires. L'écriture n'était plus tremblée. La mémoire était revenue, mais la conscience était troublée par les hallucinations. Les modifications ont persisté pendant plus de 7 mois, pendant lesquels le traitement, au lieu d'être poursuivi avec activité, était suspendu de temps à autre.

Le malade est mort d'une attaque apoplectique, précédée pendant 24 heures de la réapparition à un degré excessif de tous les troubles physiques que nous avons vu s'atténuer.

OBSERVATION XI

Cr..., 40 ans, professeur. Entré en septembre 1897. Syphilis contractée 16 ans auparavant. Démence à conceptions mégalomaniaques absurdes. Excitation maniaque. Troubles physiques très nets.

Début du traitement en septembre. Le 8 janvier, une amélioration manifeste est notée; elle est caractérisée par la disparition des idées délirantes et par la conscience qu'il disait des imbécillités. Il persiste un léger degré de satisfaction; il veut préparer son agrégation. Les symptômes physiques sont moins nets. La mémoire revient peu à peu; ce retour intéresse aussi bien les faits anciens que les faits récents ou contemporains. En mars, il est atteint de néphrite d'origine mercurielle. Le traitement spécifique est suspendu 3 mois, pendant lesquels l'amélioration indiquée plus haut devient plus manifeste,

Mai : reprise du traitement.

Juin : petite crise à forme syncopale. Quelques jours après, on note dans ses écrits un *délire religieux*, non démentiel, à point de départ hallucinatoire : Son ange gardien lui parle et lui dévoile ses secrets. Cet état dure pendant les mois de juin, juillet et août. La mémoire est excellente.

Septembre : l'état mental s'est amélioré. Quelques jours après, il parle de la niaiserie de son délire et voudrait bien sortir. Le 20 octobre, le malade était sur le point de sortir, avec la conscience et la mémoire parfaites, conservant encore des symptômes physiques de son affection, mais à un degré très faible, lorsqu'il mourut d'une attaque apoplectique.

CHAPITRE III

Etude clinique et évolution

Nous n'envisagerons pas dans ce travail les bouffées délirantes qu'on observe très fréquemment au cours des accès fébriles ; ces cas sont caractérisés par un état spécial d'onirisme et de confusion qui peut durer un certain temps, mais qui conduit assez rapidement à la reprise de la conscience.

Les manifestations qui nous intéressent sont des phénomènes hallucinatoires durables survenant après le traitement : en général à la fin de la période fébrile ou bien un certain temps après l'interruption des accès, ou à la suite d'une période de traitement anti-syphilitique : arsenic ou bismuth.

Il n'est pas rare même de les voir apparaître deux ans après le traitement : en janvier 1930, MM. Targowla et Rubinovitch ont signalé, à la Société Clinique de Médecine Mentale, une malade, âgée de 39 ans, paralytique générale avec gros affaiblissement intellectuel qui, deux ans après l'impaludation, a présenté un syndrome paranoïde très net. Les auteurs d'ailleurs insistent sur la date tardive d'évolution : « Il ne semble pas, disent-ils, qu'on puisse considérer le syndrome paranoïde actuel comme séquelle post-onirique de

l'infection palustre qui s'est développée sans épisode onirique. En outre, le délire n'est apparu que deux ans et trois mois après l'impaludation, alors que la malade avait pu être considérée comme suffisamment améliorée pour sortir en ville. »

Mentionnons encore l'observation publiée par Vermeulen, en octobre 1931, d'un paralytique général à forme expansive guéri cliniquement après malarisation, et qui, deux ans après, au moment où les réactions sérologiques devenaient négatives, présente de nouveaux troubles mentaux, mais cette fois sans aucune allure démentielle, et à forme de délire chronique hallucinatoire et d'interprétation.

Au premier plan de tous ces délires secondaires se rencontrent des hallucinations de l'ouïe élémentaires (le sujet entend un son), différenciées (le bruit est rapporté à un objet) ou verbales (le malade entend des voix).

Moins fréquemment, il s'agit d'hallucinations psychiques ou psychomotrices, ou bien encore de troubles de la cénesthésie (électricité surtout). Enfin, il existe des formes non hallucinatoires.

Devant cette diversité des manifestations délirantes, quelques auteurs se sont efforcés de créer des classifications.

Il faut citer en premier lieu MM. Leroy et Médakowitch qui, en avril 1929, rapportent, à la Société Médico-Psychologique de Paris, des formes :

- 1° Confusionnelles et délirantes.
- 2° Hallucinatoires systématisées.

3° Stuporeuses.

4° Imaginatives.

MM. Vermeulen et Vervaeck ont reproché à cette classification d'être trop schématique. Ces auteurs considèrent que « le syndrome mental, même à la période d'état, est rarement pur. La plupart du temps le classement se fait plus par la prédominance de certains symptômes que par l'homogénéité de l'ensemble. L'excitation maniaque, la dépression mélancolique, l'onirisme, l'état hallucinatoire ou schizophrénique du malade sont mêlés d'éléments hétérogènes plus ou moins discrets, mais qui n'en vicient pas moins le type général. Plus nettement encore, l'évolution est atypique et passe avec une facilité déconcertante d'un type à l'autre. »

Ils distinguent cependant trois grands groupes :

1° La forme hallucinatoire.

2° La forme revendicatrice et interprétative.

3° La forme maniaco-dépressive.

A côté de ces formes, ils ont décrit les formes :

hypocondriaques ;

à dépression mélancolique et catatomique.

1° LA FORME HALLUCINATOIRE mérite d'être placée en tête : c'est elle qui est la plus fréquente et la plus intéressante. Gerstmann a été le premier à la signaler. Après ses observations, sont apparues celles de Markuzewicz, de Vermeulen, de Kins, de Schulze, de Leroy et Médakowitch, de Buvat et Villrey-Desmets, etc.

En général, il s'agit d'un syndrome hallucinatoire

tout à fait typique apparaissant à la fin des derniers accès ou même après leur cessation. Ils peuvent succéder à des phénomènes confusionnels ou bien s'adjoindre à eux ; dans la plupart des cas, ils dominent complètement le tableau de telle sorte qu'il est parfois très difficile de retrouver la paralysie générale et de ne pas les prendre pour des psychoses hallucinatoires chroniques.

Ces hallucinations, d'abord vagues, deviennent « de plus en plus nettes, précises et orientées vers un système délirant circonscrit. »

Les plus fréquentes sont les hallucinations auditives : tantôt le malade entend des sons indéterminés, qu'il ne définit pas, il s'agit d'hallucinations auditives élémentaires ; d'autres fois, les bruits sont rapportés à un objet, l'hallucination est différenciée ; dans les cas les mieux organisés le malade entend des voix, ses hallucinations sont verbales.

Les hallucinations visuelles n'existent pas ; quand on les constate, elles sont en rapport avec une intoxication antérieure ; il s'agit en général d'alcooliques qui font des délires professionnels, qui voient des bêtes effarantes.

Les hallucinations tactiles, cénesthésiques ont été signalées par la plupart des auteurs : les malades disent qu'on les chatouille, qu'on les pique, qu'on leur fait de l'électricité.

MM. Leroy et Médakowitch et quelques autres médecins ont signalé des hallucinations psychiques ou psychomotrices : tel patient prétend qu'on le force à parler, certains déclarent qu'on leur vole leur pensée

ou qu'on répète partout leurs idées et leurs intentions.

Les pseudo-hallucinations existent surtout sous la forme d'intuitions, mais peuvent revêtir des formes très diverses : N. Rojas et Belbey ont signalé le cas d'un malade qui paraissait atteint d'hallucinations auditives. Il disait entendre des communications téléphoniques ; une observation plus attentive montra qu'il s'agissait d'un véritable jeu d'imagination volontaire, comme en ont les enfants. « Souvent ces hallucinations restent isolées, sans trouble de la conscience et du comportement, sans être utilisées pour le délire, mais très souvent aussi, elles sont en rapport avec les idées d'influence, de préjudice, de persécution, d'empoisonnement. Le contenu du système est généralement pauvre. Avec les progrès de la guérison, le sujet doute peu à peu de la réalité de son délire, puis le repousse comme une manifestation étrangère et maladeive. »

Dans certains cas, le syndrome hallucinatoire est supplanté peu à peu par la démence paralytique et le malade retombe dans un état analogue à celui qui a précédé le traitement.

« Dans son ensemble, l'évolution de cette forme hallucinatoire est moins rigoureuse que celle de la psychose hallucinatoire chronique et le classement s'en fait plus par la prédominance des symptômes de la série hallucinatoire chronique que par un ensemble séméiologique cohérent. »

2° LA FORME REVENDICATRICE ET INTERPRÉTATIVE, sans adjonction d'hallucinations, est beaucoup moins fréquente. Quelques cas seulement ont été décrits,

bien que la question des délires secondaires soit à l'ordre du jour. Et ceci est fort heureux car ces malades guéris de leur démence deviennent quérulants et agressifs, désagréables et parfois dangereux pour leurs médecins ou pour leur famille : « On les a internés arbitrairement, leur famille a voulu les spolier de leurs biens ; les médecins complices leur ont inoculé une maladie grave pour ruiner toute leur existence... » Le malade oublie rapidement les motifs de son hospitalisation et considère comme des injustices toutes les mesures qui ont été prises à son égard. Aussitôt « innombrables lettres de plaintes au commissaire de police, consultations d'avocats, mémoires pour le procureur, enfin plaintes pour coups, blessures, vol et tentative d'assassinat. »

Plus sérieuse encore est la forme revendicative basée sur des idées hypocondriaques. Un malade de MM. Vermeylen et Vervaeck, apprenant que la séro-réaction est restée positive, revient spontanément se faire soigner, il se montre de plus en plus anxieux ; il dort mal, ne mange plus, sent que la paralysie revient, se plaint de fourmillements dans les bras et dans les jambes... L'agitation anxieuse va croissant : le malade répète sans cesse qu'on a mal compris ses intentions, et qu'il ne comptait pas rester en traitement ; il prétend aussi ne pas recevoir les multiples objets que sa famille et ses amis lui apporteraient ; il croit que les infirmiers et les malades portent ses vêtements ; il se précipite sur eux. »

« On a l'impression que, grâce à l'impaludation, le malade a récupéré assez d'intelligence pour échafauder

un délire de quérulance, élaboré et développé par une affectivité qui, elle, est restée troublée. »

Les formes hypocondriaques à allure dépressive, très rares, sont classiquement tenues pour très graves. MM. Vermeyleylen et Vervaeck en ont signalé trois cas en 1928. « Ces trois observations se résument ainsi : amélioration immédiatement après la malariathérapie, puis tableau hypocondriaque se déroulant en trois mois avec mort du sujet en pleine démence.

Pour la genèse du syndrome, trois explications sont présentées :

a) le délire n'intervient qu'après amélioration physique et intellectuelle avec en premier lieu reprise de l'auto-critique, mais le fait de la non-reprise de ses fonctions sociales crée chez le sujet un choc moral qui explique la suite.

b) ou encore, la reprise de l'auto-critique avec conscience de la maladie passée, ceci associé aux séquelles fonctionnelles organiques fait créer le syndrome autour de ces dernières.

c) congestions diffuses viscérales pendant la congestion centrale base de l'amélioration neuro-psychique, créant les sensations cénesthésiques. »

Le sous-officier soigné par MM. Anglade et Donnadieu a présenté un délire hypocondriaque après tuberculinothérapie.

3° LA FORME MANIACO-DÉPRESSIVE a été observée sept fois après malarisation par MM. Nyiro et Pretrovitch. Un de leurs patients, présenté en 1927, « se croit gravement malade, il écrit ses dernières volontés

et fait l'inventaire de ses objets, puis va se mettre au lit en attendant la mort. Ce tableau de dépression n'est pas constant mais alterne avec des journées normales, au cours desquelles le malade ne s'explique pas ce qu'il faisait et disait la veille ; il est alors plus optimiste. Peu à peu entre les journées de dépression pendant lesquelles il refuse de se lever et de s'alimenter, s'insinuent des périodes d'hypomanie caractéristique : hyperidéation, colères, méchanceté, ironie cinglante.. »

MM. Vermeulen et Vervaeck ont rapporté un cas à forme mélancolique. « Rendue à la liberté, la patiente, consciente de sa maladie passée et de son état, suit un traitement régulier de consolidation. Elle devient cependant de plus en plus déprimée, pleure sans cesse, dit n'avoir plus de goût à rien ; elle convient d'ailleurs que sa tristesse n'est pas motivée puisque la cure malarique l'a remise en bonne voie de guérison. » La malade de MM. Anglade et Donnadiou était mélancolique.

La forme catatonique enfin, décrite par Gerstmann, a été bien individualisée par Vermeulen et Vervaeck qui font entrer dans ce groupe la forme stuporeuse de Leroy et Médakowitch et la forme schizophrénique de Claude. Chez deux malades malarisés, Leroy et Médakowitch ont constaté « l'existence d'un état de stupeur avec négativisme, opposition, résistance, impulsivité, violence. »

Dans « La Pratique Médicale Française », de mars 1928, le Professeur Claude rapporte l'observation d'un paralytique général chez qui, après impaludation, « l'état général s'améliore, la mémoire est meilleure,

l'anxiété disparaît, mais dans les mois suivants on constate que le malade tombe peu à peu dans un état d'apathie, d'indifférence, paraît concentré en lui-même, inattentif, répondant tardivement aux questions posées. Il revient deux ou trois fois successivement sur le même sujet. Il présente surtout des stéréotypies de gestes très accentuées qui existaient déjà un peu au début, mais qui ont pris un caractère excessif : grimaces, marmottements, mains portées au cou, aux yeux, langue tournée dans la bouche ou sortie au dehors.

Le malade s'habille seul, se promène, mais reste indifférent, inactif, n'a plus d'agitation. Sa mémoire est très bonne. Son orientation est juste. Parfois ses réponses sont pertinentes pendant quelques minutes, mais il retombe dans son mutisme, sa rêvasserie, ou répond à côté. Il est correct dans sa tenue, poli, mais l'affectivité, l'initiative et la curiosité sont à peu près nulles. Le tableau est celui d'un schizophrène et non d'un paralytique général. »

Des cas analogues ont été signalés par Nyiro et Pétrovitch, par Schulze, par Alda Bertolani, par Vermeylen et Vervaeck, etc. Carlo Gorla en a observé quelques-uns avec la tuberculinothérapie. Dans sa thèse « Le syndrome catatonique en rapports avec quelques maladies infectieuses », le Docteur Oliver Garraud a rapporté en 1929 plusieurs syndromes catatoniques observés dans toutes les formes de syphilis et en particulier dans la Paralyse Générale. Cette thèse nous offre en outre une étude complète de la catatonie.

La pathogénie de ces formes de la paralysie générale a beaucoup intrigué les auteurs qui les ont signalées, il ne semble pas qu'elle diffère de celle des autres délires secondaires qui sera étudiée dans un des chapitres suivants.

CHAPITRE IV

Diagnostic des formes psychiques de la paralysie générale traîtée et en régression

Il comprend deux parties :

Le diagnostic de paralysie générale en régression ;

Le diagnostic de la psychose.

Dans son livre « Le traitement de la Paralysie Générale et du tabes par la malaria provoquée », le Professeur Fribourg-Blanc, du Val-de-Grâce, signale « la modification du type clinique habituel de la paralysie générale en formes délirantes diverses, avec hallucinose ou délire paranoïde, voire même en un syndrome catatonique pouvant simuler la démence précoce ».

« Ces modifications, écrit-il, sont parfois telles qu'on ne reconnaît plus la paralysie générale si l'on se contente d'un examen superficiel. Une observation plus approfondie permet cependant de retrouver sous ces formes délirantes nouvelles une teinte spéciale d'absurdité et d'énormité appartenant bien à la paralysie générale. Un de nos malades, qui présentait un syndrome obsessionnel comparable à la névrose d'angoisse, avec

grandes crises d'anxiété, se disait l'homme le plus malheureux du monde ; ses souffrances étaient formidables, ses misères indescriptibles et incroyables. Il les décrivait avec un luxe de détails empreints d'une évidente *niaiserie*. »

Cette niaiserie est bien en effet le caractère essentiel qui signe notre diagnostic de paralysie générale ; M. D. Anglade y insiste au Congrès des Aliénistes et Neurologistes tenu à Bordeaux, en avril 1931 : « Même dans les meilleurs cas, affirme-t-il, le puérilisme mental persiste » ; et l'auteur tient ce symptôme pour le plus constant et le plus fidèle des signes de paralysie générale.

Au cours de ce même Congrès, M. Vermeyleylen (de Bruxelles) avait insisté sur les petites modifications de caractère qui subsistent après l'amélioration globale résultant de la malariathérapie : « Avant la malarisation, on trouve surtout une baisse du niveau intellectuel général et une grande instabilité qui parfois rend très difficile l'appréciation du degré d'affaiblissement, après malarisation, c'est surtout l'instabilité du rendement qui s'améliore ; puis dans les cas heureux, le niveau mental se relève progressivement ; ce sont les petites modifications de caractère qui subsistent le plus, et elles peuvent avoir d'importantes répercussions sur la qualité intellectuelle ». Les troubles psychiques permettent donc tout de même, dans beaucoup de cas, de penser à la paralysie générale, et il faudra toujours les analyser avec soin.

Les *signes physiques* ont une grosse importance : les cas sont extrêmement rares où ils disparaissent complè-

tement. Très souvent le tremblement persistera, de même que les troubles de l'écriture. Parfois on observera encore de la dysarthrie, des troubles pupillaires. Il n'est pas rare même de constater qu'aucun des signes physiques n'a disparu. Dans d'autres cas, ils seront simplement atténués (1).

Au point de vue humoral : Au Congrès de Lille, le Professeur Claude a insisté sur les variations obtenues par les traitements, et notamment le traitement malarique, dans la formule liquidienne des paralytiques généraux : sur 56 cas, 28 fois l'albumine a été retrouvée normale à une ponction faite après malariathérapie ; la cytologie est redevenue normale dans 19 cas ; le Pandy devenu négatif dans 7 cas, le Wassermann dans 10 cas, le benjoin dans 7 cas. A propos du benjoin, certains auteurs ont signalé des transformations du « type paralytique » en un type qui se rapproche de celui de la syphilis cérébrale.

Ceci se verrait en particulier dans les formes s'accompagnant de délires.

Si le diagnostic de la paralysie générale présente souvent de réelles difficultés, par contre le diagnostic du délire est beaucoup plus évident, puisque dans la plupart des cas c'est lui qui domine la scène à tel point qu'il est devenu très difficile de reconnaître les signes de la maladie de Bayle.

Nous avons vu les diverses formes que peuvent revêtir ces psychoses de la paralysie générale ; nous devons les différencier des psychoses endogènes et des

(1) Cette question est entièrement traitée dans la thèse de notre camarade AIGROT : quelques résultats éloignés de la malariathérapie de la P. G.

psychoses symptomatiques, d'origine toxi-infectieuse parmi lesquelles il semble bien qu'on doive ranger les troubles mentaux des paralytiques généraux malarisés.

Nous reproduisons ici l'opinion de MM. Vermeyleylen et Vervaeck (*Encéphale*, novembre 1930) : « Les états psychosiques post-malariques pourraient être rangés dans le cadre des psychoses exogènes, dues la plupart du temps à des toxi-infections neurotropes.

Des cas de plus en plus nombreux d'atteintes encéphaliques à la suite de maladies infectieuses banales ont été observées, en ces derniers temps surtout ».

Les auteurs citent la fièvre typhoïde, la grippe, les infections pulmonaires aiguës et même les fièvres éruptives les plus banales.

En décembre 1927, M. Antonio Mendicini a publié une bonne mise au point sur la question des délires consécutifs à la grippe et qui peuvent se présenter sous la forme de confusion mentale hallucinatoire, la plus fréquente, ou celle d'états dépressifs maniaques ou affectifs mixtes.

Les psychoses de la malaria ont été très étudiées, en particulier par M. Alexandre Perelmann.

Les psychoses à base confusionnelle de la toxi-infection syphilitique ont été classées par M. A. Parot. Nous avons déjà vu dans un chapitre précédent les conclusions de la thèse du Docteur Jacquin. Signalons encore les cas publiés par M. Olivier Garaud dans sa thèse : « La syndrome catatonique en rapports avec quelques maladies infectieuses. »

MM. Vermeyleylen et Vervaeck poursuivent : « Les intoxications exogènes et les auto-intoxications peuvent également, surtout lorsqu'elles ont une allure chroni-

que, déterminer des états psychosiques à allure classique.

De même, les atteintes directes du cerveau, soit par agent infectieux spécifiquement neurotrope comme dans l'encéphalite épidémique, soit par des néoplasies, peuvent déterminer les mêmes effets. Le ralentissement mental, si bien décrit comme symptôme psychique caractéristique des tumeurs cérébrales par Baruk, et les signes de localisation peuvent faire défaut et être masqués par un syndrome maniaque tout à fait pur (Claude, Baruk et Lamache), par un syndrome de Korsakoff (Claude, Baruk), par un syndrome hallucinatoire lié à l'hypertension et disparaissant avec lui (Claude). On ne peut, devant ces faits, se défendre de l'impression que le cerveau ne peut traduire dans l'ordre psychique une agression lésionnelle ou fonctionnelle quelle qu'en soit la nature, que par quelques syndromes cliniques dont le nombre et les caractéristiques semblent, à l'heure actuelle, à peu près fixés.

Le syndrome mental peut constituer la seule perturbation accessible à nos investigations. Il s'agit alors de *psychoses dites endogènes*, dans lesquelles la prédisposition constitutionnelle semble, non seulement déterminer le type de la psychose, mais aussi constituer en majeure partie sa cause efficiente.

Il peut, d'autre part, être déclenché par des *causes exogènes*, qu'elles soient d'ordre psychique (psychose réactive, psychose affectogène) ou d'ordre physique (psychoses symptomatiques). C'est de ces dernières que semblent relever les psychoses des paralytiques malarisés. La prédisposition constitutionnelle a, ici,

une importance relativement réduite et intervient surtout, dans certains cas, pour déterminer suivant son type l'orientation psycho-pathologique. Mais l'élément exogène reste la cause déclenchante. Souvent même il donne à la psychose un type particulier qui permet, en dehors de toute connaissance anamnétique et avant toute investigation clinique, d'induire, à la simple constatation des symptômes psychiques, leur cause organique. Le délire professionnel des alcooliques, le syndrome korsakovien de la polynévrite, les troubles du caractère de l'encéphalite épidémique, le syndrome mental de la paralysie générale incipiens permettent souvent de faire un diagnostic étiologique dès le premier coup d'œil.

Mais nous savons aussi que nous devons nous défier de ces diagnostics d'impression. Un même syndrome mental peut répondre à des étiologies très différentes, et il est arrivé sans doute de prendre au premier moment pour un paralytique général, au début, un malade sous le coup d'une intoxication aiguë (chloralisme par exemple).

Inversement, une même cause physique peut se traduire par des troubles mentaux très différents... L'orientation vésanique dans les psychoses est une composante, résultant de la combinaison extemporanée d'éléments exogènes et endogènes dont la valeur déterminante varie d'un cas à l'autre. C'est ce qui donne à ces psychoses un caractère moins homogène et plus variable dans leur évolution, qu'aux psychoses dites endogènes ou essentielles.

Au cours des psychoses des paralysies générales

malarisées notamment, le syndrome mental, même à la période d'état, est rarement pur.

La plupart du temps, le classement se fait *plus par la prédominance de certains symptômes que par l'homogénéité de l'ensemble*.

L'excitation maniaque, la dépression mélancolique, l'onirisme, l'état hallucinatoire ou schizophrénique du malade sont mêlés d'éléments hétérogènes plus ou moins discrets, mais qui n'en vicient pas moins le type général.

Plus nettement encore, l'évolution est atypique et passe avec une facilité déconcertante d'un type à l'autre. »

En somme, d'après MM. Vermeyleylen et Vervaeck : les troubles mentaux des paralytiques généraux malarisés font partie des *psychoses symptomatiques d'origine toxi-infectieuse*.

Les modes d'expression y revêtent les mêmes aspects qu'au cours des psychoses endogènes. Mais la rigueur y est moindre, les genres sont plus facilement confondus, les types moins francs et le passage de l'un à l'autre au cours même de la maladie se fait avec aisance. De plus, il est bien rare que ne s'y ajoute ou un élément confusionnel, ou un élément démentiel.

« Ces réserves faites, il n'en reste pas moins que ces formes psychosiques des paralytiques généraux malarisés peuvent sans doute reproduire tous les syndromes vésaniques et en rappeler assez nettement les éléments typiques. »

CHAPITRE V

Pathogénie des délires secondaires de la paralysie générale

Ici encore les délires systématisés correspondent à des troubles intellectuels peu marqués. Dès 1924, Gerstmann pouvait écrire : « Il existe un antagonisme net, au point de vue de la marche de la maladie, entre les symptômes paralytiques typiques et les phénomènes hallucinatoires atypiques ; ces derniers se présentent comme des manifestations psycho-pathologiques de métamorphose régressive du processus paralytique sur la voie d'une rémission totale ou d'un état stationnaire. »

La suite du compte rendu de Gerstmann montre que *l'analogie* se poursuit encore avec les cas de délire spontané : « Au point de vue sérologique et anatomique existe une régression parallèle des altérations pathologiques. »

En 1928, Gerstmann précise ce point de vue dans son livre « Le traitement malarique de la Paralysie Générale ». Nous extrayons le passage suivant de l'analyse qu'en donne R. Targowla dans *l'Encéphale* d'août 1928 : « Lorsque les malades meurent d'une

maladie intercurrente, au cours d'une rémission, le diagnostic anatomo-pathologique serait à peu près impossible en l'absence des données cliniques antérieures ; les constatations histologiques répondent à la description qu'a donnée Alzheimer (confirmée par Jakob) de la paralysie générale stationnaire et, dans les rémissions complètes prolongées, les lésions régressent davantage encore : dans un cas où la rémission durait depuis plus de deux ans, les *lésions inflammatoires* étaient réduites à quelques lymphocytes épars autour de quelques vaisseaux isolés, et à de rares cellules plasmatiques ; aucune prolifération névroglique ; les méninges n'offraient qu'une maigre infiltration lymphocytaire éparse çà et là.

Il y a en somme régression ou arrêt parallèle des altérations anatomiques et des symptômes cliniques.

S'opposant par certains côtés à ces caractères histologiques des rémissions thérapeutiques, les constatations faites sur des sujets morts au cours du traitement montrent une accentuation du processus inflammatoire avec production même de véritables *gommes miliaires*. »

Gerstmann localisa ensuite au *lobe temporal* les lésions constatées dans les formes hallucinatoires des paralytiques généraux traités par la malaria. Leroy et Médakowich rapportent les constatations du médecin viennois à la Société Médico-Psychologique : « En se basant sur l'existence connue d'hallucinations auditives au cours des affections du lobe temporal, Gerstmann a pensé qu'un certain rapport pouvait exister entre les modifications pathologiques de l'écorce du

lobe temporal et les formes hallucinatoires des paralytiques généraux traités par la malaria.

Gerstmann a eu l'occasion d'autopsier un paralytique général impaludé qui avait eu, deux ans auparavant, un délire systématisé hallucinatoire. Il a constaté une atrophie temporale gauche extrêmement nette, surtout développée dans la circonvolution de Henschl.

Cette localisation du processus paralytique au niveau du lobe temporal chez les malades à délire fixé et dans les cas à rémission nette a une extrême importance. Elle apparaît comme un phénomène accessoire ou comme la transformation de l'affection cérébrale qui, de grave, deviendrait plus bénigne. Le déplacement du siège de la lésion est très manifeste dans les cas de Paralytie générale en rémission. Il ne s'agit pas ici d'une lésion banale du lobe temporal. »

Plusieurs auteurs ont rapporté des faits analogues à ceux constatés par Gerstmann ; nous citerons Straüssler et Koskinas, Freemann, Gurewitch, Wilson. Spielmeier, Jakob sont également de cet avis. De même W.-L. Bruetsch et Max-A. Bahr, Léon Prussak, etc...

Heumann et Herrnheiser, dès 1925, ont montré que chez les Paralytiques généraux présentant au cours du traitement des manifestations paranoïdes hallucinatoires, l'image radiologique révélait par l'encéphalographie une atrophie particulièrement marquée du lobe temporal. (Les auteurs n'ont pas vérifié le fait anatomiquement.)

Gerstmann, allant plus loin encore, définit la nature des lésions observées. Léon Prussak le cite dans l'*Encéphale* de mars 1929 : « Gerstmann croit que,

sous l'influence du paludisme, le processus paralytique se transforme en celui de *syphilis cérébrale*. Il base son opinion sur la grande ressemblance entre l'état hallucinatoire constaté souvent chez les paralytiques au cours du traitement par le paludisme, et l'hallucinoze syphilitique de Plaut, ainsi que sur la transformation de la courbe paralytique de la réaction de Lange en courbe syphilitique après le paludisme. »

Léon Prussak appuie les déclarations de Gerstmann des considérations suivantes : « Très intéressantes sont les observations de certains auteurs, comme Schulze, Pfeifer, Kirschbaum et Markuszewicz concernant l'apparition, chez les paralytiques traités par le paludisme, de *signes de syphilis cutanée tertiaire*. Dans un cas inoculé par nous, en 1923, est également apparue, quelque temps après le traitement par le paludisme, une lésion cutanée tertiaire à la verge (D^r Hellin) ».

Nos recherches bibliographiques nous ont permis de découvrir plusieurs cas analogues. Nous en citerons quelques-uns.

M. Austregesilo Filho signale, en février 1930, un « cas de paralysie générale d'évolution atypique aggravé par la malariathérapie et terminé par la mort du malade (ictus). On trouve à l'autopsie une grande hémorragie du sinus longitudinal avec inflammation de la dure-mère, ainsi qu'un processus de méningo-encéphalite typique à côté de *lésions syphilitiques tertiaires*.

L'auteur conclut que la malaria a été dans ce cas la cause principale de la transformation du processus paralytique. Les chocs pyrétogènes, en particulier l'ino-

culation du paludisme, sont capables de réaliser cette transformation des lésions parenchymateuses malignes diffuses en une forme de syphilis tertiaire, plus bénigne, d'où la nécessité d'instituer dès la première série d'accès un traitement spécifique par les agents habituels. »

En mai 1930, MM. Leroy et Médakowitch rapportent l'observation d'une « paralysie générale avec gomme cutanée de la jambe, apparue consécutivement à la malariathérapie. On sait combien les accidents tertiaires de la peau sont exceptionnels dans la méningo-encéphalite, les apparitions des gommes sous l'influence de l'impaludation montrent la transformation de la paralysie générale en manifestations syphilitiques plus bénignes. Elles éclairent en partie le mécanisme d'action du traitement. »

En juin 1930 paraissent deux observations de MM. Laignel Lavastine et S. Constantinesco : « Les auteurs décrivent en détail les lésions histologiques qui montrent la tendance de la paralysie générale à se transformer en syphilis cérébrale en même temps que les tréponèmes se fragmentent, deviennent granuleux et finissent par disparaître. »

Sur cent dix paralytiques généraux impaludés, MM. P. Guiraud et Caron ont constaté cinq fois l'apparition de manifestations syphilitiques tertiaires (artérite cérébrale, syphilides psoriasiformes, gommes cutanées ou musculaires).

En janvier 1932, MM. Laignel-Lavastine, Boquem et Puymartin signalent l'apparition de gommes de la langue chez un paralytique impaludé : « Pour la ma-

majorité des auteurs, déclarent-ils, ces symptômes témoignent de l'influence de la malariathérapie sur la paralysie générale. Celle-ci change de caractère, devient une syphilis allergique, suivant l'expression de Dujardin et Tarzowla, et ne se différencie plus dès lors, au point de vue biologique, de la syphilis tertiaire. »

Ceci nous amène à parler maintenant du Rapport de MM. B. Dujardin (de Bruxelles) et R. Tarzowla (de Paris), sur la thérapeutique de la Paralysie générale, XXXII^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française (Anvers, 23-24 juillet 1928).

« Deux notions dominent le traitement de la paralysie générale : d'une part, la faible efficacité des traitements spécifiques contrastant avec leur activité remarquable contre les formes usuelles de la syphilis ; d'autre part, l'efficacité aujourd'hui bien démontrée de certains moyens non spécifiques comme la malarisation et les méthodes analogues ; l'explication de ces faits découle de l'étude pathogénique de la paralysie générale.

a) La paralysie générale est une méningo-encéphalite diffuse syphilitique : elle se présente avec des caractères anatomo-cliniques très spéciaux qui la distinguent absolument de la syphilis cérébrale classique.

b) Cette distinction est due à la *différence de terrain* dans l'une et l'autre forme : la syphilis cérébrale tertiaire est une syphilis allergique, la paralysie générale est, au contraire, une *syphilis anallergique*.

Anatomiquement on saisit l'opposition : dans la syphilis cérébrale, les altérations sont violentes et limi-

tées ; dans la paralysie générale, elles sont généralisées et discrètes ; l'intradermo-réaction aux extraits syphilitiques déclenche chez tous les syphilitiques tertiaires une réaction locale ; elle est nulle ou presque chez les paralytiques généraux, ce qui traduit leur incapacité à acquérir l'état allergique.

C'est là une déficience grave, car l'état allergique doit être interprété comme un effort défensif de l'organisme ; il peut agir favorablement sur la marche de l'infection, même l'arrêter. Il serait en conséquence avantageux de substituer si possible un état allergique à l'état anallergique de la paralysie générale.

Il y a des relations étroites entre l'état d'allergie et d'anallergie et les réactions méningées ; celles-ci subissent une vive recrudescence quand l'allergie s'installe : alors on trouve une grosse réaction leucocytaire (plusieurs centaines, milliers même par mm^3), hyperalbuminose ; Bordet-Wassermann net, grosses réactions colloïdales, etc. Et cette recrudescence est suivie parfois spontanément ou bien grâce au traitement d'une phase de sédation : l'orage méningé se calme, les réactions anormales du liquide céphalo-rachidien et du sang s'atténuent ou disparaissent.

Ainsi donc la paralysie générale, au même titre que les autres parasyphilis de Fournier, est une syphilis anallergique tardive résultant du prolongement anormal de la période allergique primo-secondaire. Il faut donc provoquer l'allergie. Quant à l'inactivité des traitements spécifiques, on peut invoquer soit la situation profonde loin des vaisseaux du tréponème, soit l'aptitude à revêtir des formes de résistance. Les traitements

non spécifiques comprennent : la pyrothérapie, dont l'action n'est pas bien connue ; la protéinothérapie : l'expérience montre que l'inoculation d'une affection microbienne a pour effet d'exalter la sensibilité d'un organisme vis-à-vis d'un microbe dont il est déjà porteur ; en cas de paralysie générale, la capacité réactionnelle s'exercera vis-à-vis du tréponème ; il se sera créé une allergie locale. Ce sera là l'effet de la malariathérapie. »

M. Dujardin est revenu sur cette question au Congrès de Dermatologie de 1929.

MM. Vermeulen et Vervaeck sont de l'avis du Professeur de Bruxelles et le citent dans l'*Encéphale* en 1930 : « Si la malarisation détermine les heureuses transformations cliniques que l'on sait, c'est que, avec plus de sûreté que d'autres techniques, elle provoque l'allergisation d'une syphilis restée anallergique. L'apparition de gommes cutanées chez les paralytiques généraux malarisés est une des preuves cliniques les plus solides. »

Une autre constatation en faveur de la transformation de la paralysie générale en une syphilis cérébrale fut encore fournie par Leroy et Médakowitch, en mars 1929 : « Dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux, la courbe paralytique de la réaction de l'or et du benjoin colloïdaux devient le plus souvent, après traitement, une courbe de syphilis cérébrale ou de syphilis latente. »

Dès lors, on peut établir le raisonnement suivant : la paralysie générale traitée avec succès se transforme en une *syphilis cérébrale par allergisation*. Dans les

cas où des délires systématisés hallucinatoires apparaissent, ces délires rappellent les hallucinations syphilitiques de Plaut, les psychoses des tabétiques qui font des lésions encéphalitiques et la forme paranoïde de la syphilis cérébrale.

Or ces trois formes de psychoses sont attribuées à une endartérite syphilitique de l'écorce cérébrale (travaux de Kraepelin, de Jakob, etc.) et cette même endartérite se rencontre dans les délires secondaires de la paralysie générale (Alzheimer, Nissl, Jakob). Conclusion logique : l'endartérite syphilitique est responsable des délires secondaires de la paralysie générale.

Cette conclusion est celle qui compte le plus grand nombre de suffrages : Gerstmann, Kraepelin, Jakob, Dujardin, Claude, Guiraud, A. Marie, Heuyer, Marchand.

Leroy et Médakowitch qui, actuellement, soutiennent une pathogénie toute différente, étaient sur le point de l'admettre en avril 1929, lorsqu'ils disaient à la Société Médico-Psychologique : « Considérant la grande rareté des manifestations hallucinatoires paranoïdes dans la maladie de Bayle et la fréquence chez les paralytiques généraux en rémission, au cours d'un traitement infectieux, — éventuellement même rémission spontanée, — on doit attacher une certaine importance à leur ressemblance avec les hallucinations des syphilitiques et des malades atteints de syphilis cérébrale ou de tabes.

De plus, dans les deux ordres de faits, ainsi que l'explique Gerstmann, on retrouve le même tableau

clinique, la même absence de spirochètes dans le cerveau, les mêmes réactions sérologiques négatives, la même endartérite spécifique des petits vaisseaux de l'écorce. »

Quelques auteurs font intervenir en plus des transformations des lésions, les prédispositions constitutionnelles ; c'est le cas de Vermeylen et Vervaeck : Pour ces auteurs, « le plus sage à l'heure actuelle semble être d'admettre, à côté de modifications probables de l'architecture cérébrale sous l'influence du traitement et de transformations des lésions diffuses en lésions circonscrites, une action assez importante des prédispositions constitutionnelles, tout au moins dans l'orientation vers tel ou tel type de psychose, et même des facteurs moraux occasionnels. »

Il paraît en effet à ces auteurs qu'il ne faut pas sous-évaluer l'importance du facteur psychologique dans l'éclosion de certaines formes de psychoses malariques. « Nous y avons insisté, disent-ils, dans une communication au Congrès d'Anvers. Certes, nous n'entendons point la chose au sens psycho-analytique où Schilder la décrit. Pour cet auteur, le paralytique exprimerait dans son délire la conscience qu'il a de sa propre déchéance, et les hallucinations post-malariques en seraient la démonstration particulièrement expressive.

« A notre sens, les réactions anxieuses, tout au moins de certains malades, pourraient s'expliquer par le souci de leur santé physique et mentale et par les difficultés de leur réadaptation à la vie sociale. L'un des effets les plus rapides et les moins contestables de l'impa-

ludation est de rendre au malade une conscience aiguë de sa situation, de l'affection dont il réchappe et qu'il doit continuer à soigner. L'un de nos patients semble avoir, pendant sa rémission, été très affecté par la révélation intempestive de ses réactions humorales; il fut très contrarié, d'autre part, de n'être pas réintégré dans son ancien emploi. Au début du syndrome anxieux, il nous décrivait de multiples paresthésies, les attribuant au retour de la syphilis. Nous avons signalé dans notre travail antérieur avec quelle fréquence des malades en rémission, qui d'ailleurs ne versent pas dans l'anxiété ni les hallucinations, se plaignent de sensations bizarres, tiraillements, douleurs, phosphènes, « malaria qui remonte dans le cerveau », etc.

M. Paulian fait intervenir la notion de psychoses latentes ou d'origine toxique.

C'est également l'avis de plusieurs auteurs, en particulier de MM. Truelle et Cazalis, qui déclarent que le délire ne serait pas secondaire à l'impaludation. « Celle-ci, en arrêtant les progrès de la démence, facilite le progrès des délires déjà en germe. Peut-être l'alcool ou une auto-intoxication favorisent-ils encore ces délires. »

Pour M. Fribourg-Blanc, « il semble bien que dans certains cas, l'intoxication éthylique ne soit pas étrangère à l'apparition de ces états délirants spéciaux et en particulier aux phénomènes d'hallucinose. »

Les antécédents éthyliques sont aussi invoqués par M. A. Martinez (de Buenos-Aires).

Mais ces auteurs ont surtout en vue les troubles hallucinatoires et délirants passagers qui apparaissent

au cours du traitement de la paralysie générale par la malaria. Dans les cas chroniques, ces intoxications sont sans doute insuffisantes pour tout expliquer.

M. Martinez pense encore aux insuffisances hépatiques et surrénales.

M. Aldo Bertolani suppose « la transformation due à une action combinée de la syphilis et de la malaria. » Il admet aussi le « simple déplacement du processus morbide d'une zone à l'autre du cerveau, ou peut-être de la surface vers la profondeur ».

Pour M. A. Marie, « la transformation du processus diffus de périméningo-encéphalite en un processus plus localisé de syphilis cérébrale, transposition de l'attaque du lobe frontal au lobe temporal, est la conséquence de la malariathérapie. Ainsi s'expliquent le changement des symptômes et notamment l'apparition des hallucinations. Mais on ne peut préciser la part qui revient au germe paludéen ni au terrain. »

Donc, pour Gerstmann et pour la plupart des auteurs précédemment cités, l'activité de l'hématozoaire aurait un *rôle peu important* dans l'étiologie des psychoses post-malariques. Quelques-uns ne veulent pas encore émettre d'opinion ferme.

Enfin, en 1931, MM. Leroy, Médakowitch et Monier ont voulu incriminer l'action trop prolongée d'un paludisme latent.

Cette opinion avait déjà été émise par MM. Vermeylen et Vervaeck en 1929, mais ces auteurs ne s'y étaient pas arrêtés : « Nous nous demandons, disaient-ils simplement, si le nombre des accès fébriles ne peut pas être mis en cause et si un traitement poussé trop vi-

goureusement ne peut pas être incriminé. Ce serait l'avis notamment de Dattuer et de certains auteurs viennois. »

Leroy, Médakowich et Monier se fondent sur les quatre propositions suivantes tirées des constatations faites chez les paralytiques impaludés.

« 1° Amaigrissement progressif et constant des malades.

2° Persistance des hématozaires dans le sang sans aucun symptôme clinique appréciable.

3° Les doses de quinine habituellement administrées sont la plupart du temps suffisantes pour arrêter les accès thermiques mais n'arrivent pas, dans un certain nombre de cas, à stériliser l'infection paludéenne.

4° L'organisme n'héberge pas impunément un parasite tel que l'hématozoaire et, selon les lois de la pathologie générale, l'effet destructif se localise d'autant plus facilement sur certaines régions des centres nerveux que celles-ci sont rendues plus vulnérables par une lésion antérieure du cerveau par la méningo-encéphalite. »

Cette théorie du paludisme latent, ainsi que le constatent MM. G. Guiraud et E. Minkowski, dans le *Monde Médical* de mars 1932, « ne semble pas avoir entraîné l'adhésion des malariathérapeutes ; elle a été discutée par MM. A. Marie. Claude, Guiraud, Heuyer, Marchand. »

Nous allons passer en revue toutes les objections qu'on peut opposer aux diverses propositions de MM. Leroy et Medakowitch.

1° « *La diminution du poids rapidement progressive* se rencontre dans les délires secondaires de façon constante comme s'il s'agissait d'une maladie chronique cachectisante », disent ces auteurs.

Cette cachexie n'est pas forcément due à l'hématozoaire ; peut-être elle est due au délire lui-même. Le malade de MM. Larrivé et Mestrallet présentait un amaigrissement très net ; de même celle de MM. Anglade et Donnadiou qui font remarquer : « La malade dont nous rapportons l'observation ci-dessus a présenté deux mois après la cessation du traitement par la tuberculine un délire hypocondriaque très net, accompagné d'un amaigrissement rapide et considérable, signe que MM. Leroy, Médakowitch et Monier indiquent comme constant dans les délires secondaires. »

2° « *La persistance des hématozoaires dans le sang sans aucun symptôme clinique appréciable* » pour avoir une réelle valeur devrait être constante. Or MM. Leroy, Médakowitch et Monier ne peuvent la mentionner que dans 3 % des cas environ.

G. Vermeylen n'a pu relever d'hématozoaire et a obtenu une séroflocculation de Henri négative chez une P. G. malarisée présentant un délire systématisé au cours d'une rémission prolongée.

3° « *Les doses de quinine habituellement administrées n'arrivent pas dans un certain nombre de cas à stériliser l'infection paludéenne.* » A quoi on peut répondre : il semble bien au contraire, que beaucoup de malades atteints de délire secondaire ne présentent absolument aucun signe de paludisme chronique. Les délires secondaires des paralytiques généraux ne font

pas partie de la symptomatologie classique du paludisme.

On n'observe pas de délires quand l'impaludation s'adresse au traitement d'autres maladies que la paralysie générale (Larrivé et Mestrallet). Les délires secondaires ressemblent aux hallucinations syphilitiques de Plaut, à la forme paranoïde de la syphilis cérébrale, aux psychoses spontanées des tabétiques qui font des lésions d'encéphalite.

4° « *L'organisme n'héberge pas impunément un parasite tel que l'hématozoaire et, selon les lois de la pathologie générale, l'effet destructif se localise d'autant plus facilement sur certaines régions des centres nerveux que celles-ci sont rendues plus vulnérables par une lésion antérieure du cerveau par la méningo-encéphalite.* » Oui, mais pourquoi les lésions portent-elles surtout sur ce même lobe temporal que l'on trouve atteint dans les cas de paralysie générale atypique, pourquoi n'est-ce pas le lobe frontal où les lésions sont prédominantes, plus marquées et plus précoces dans les cas typiques comme ceux que l'on soumet en général à la malariathérapie. D'autre part les endartérites spécifiques de l'écorce trouvées après malariathérapie indiquent une action du tréponème et pas de l'hématozoaire. Enfin les autres lésions de syphilis tertiaire (gommes musculaires ou cutanées, quelquefois même cérébrales, éruption psoriasiforme spécifique, iritis, éruption papulo-squameuse et alopécie en clairière...) observées après impaludation, démontrent l'allergisation d'une syphilis restée anallergique.

5° L'argument définitif c'est enfin l'observation de délires secondaires après un traitement par la *tuberculine*, l'*huile soufrée*, l'*arsenic* ou le *mercure*.

Comme M. R. Anglade le fait remarquer dans le *Monde Médical* du 1^{er} octobre 1929, la malariathérapie agit par la fièvre et non pas par l'infection : une loi bien connue des psychiâtres veut en effet qu'une maladie fébrile retentisse favorablement sur une maladie cérébrale en évolution.

Et dans la paralysie générale en particulier, on a vu des cas de guérison après un zona ou après une varicelle.

Les cas de délires secondaires observés après des traitements pyrétogènes autres que la malariathérapie montrent que c'est encore la fièvre qui agit (et non l'infection) dans l'apparition des formes atypiques.

Enfin les constatations anatomo-pathologiques démontrent que cette fièvre agit en transformant les lésions diffuses de méningo-encéphalite en lésions de syphilis cérébrale.

CONCLUSIONS

I. — Les formes psychosiques spontanées de la Paralyse Générale sont rares : il s'agit d'affections lentes dans leur évolution et qu'il faut observer à leur début.

II. — Les formes psychosiques sont plus fréquentes après malariathérapie : elles sont caractérisées surtout par des hallucinations auditives.

III. — Elles ont été observées également après un traitement autre que l'impaludation : tuberculinothérapie, sulfosine, arsenic, mercure.

IV. — Les formes psychosiques spontanées et les formes secondaires doivent être rapprochées.

a) Dans tous les cas, ces manifestations sont caractéristiques d'une forme atténuée de méningo-encéphalite.

b) L'évolution est lente, la démence atténuée, mais par eux-mêmes les délires compliquent beaucoup le pronostic, particulièrement les délires hypochondriaques

V. — La pathogénie paraît expliquée par les constatations anatomo-pathologiques.

Dans les délires spontanés, on trouve des lésions légères de méningo-encéphalite.

Dans les cas consécutifs à un traitement : diminution des lésions de méningo-encéphalite ; apparition de lésions circonscrites de syphilis cérébrale.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	FROMENT.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 12 Novembre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

I. — *Sur les formes psychosiques de la paralysie générale*

- ABÉLY (X.) et BAUER. — Présentation de malade à la Société Clinique de Médecine Mentale, 1925.
- ALZHEIMER. — Paralysie générale et syphilis cérébrale endartéritique. (*Encéphale*, 1906, page 423.)
- BEAUDOIN et MOIGNEAU. — Paralysie générale et délire hallucinatoire. (Soc. Clinique de Méd. Mentale, 16 janvier 1928.)
- BOREL et CEILLIER. — Paralysie générale ayant débuté par des hallucinations psychomotrices obsédantes, avec tendance au suicide. (Société de Psychiâtrie : séance du 19 mars 1914.)
- CAILLIET. — Révélation d'une P. G. fruste par des hallucinations auditives sans délire secondairement réduites. (Soc. de Psych., 20 octobre 1927.)
- CAPGRAS (J.), LUCCHINI (P.) et SCHIFF. — Du sentiment d'étrangeté à l'illusion des sosies. (Soc. Clin. de Méd. Mentale, 1924.)
- CAPGRAS (J.) et MOREL. — P. G. prolongée précoce. (Soc. Clin. de Méd. Mentale, 1913.)
- CAPGRAS (J.) et VIÉ. — Délire imaginatif et métabolique au cours d'une P. G. atypique. (Soc. Clin. de Méd. Mentale, 18 novembre 1929.)

- CARPENTIER (R.). — Contribution à l'étude des délires toxi-infectieux. L'onirisme hallucinatoire. (*Revue Neurolog.*, 1919.)
- CARRETE (P.). — P. G. stationnaires et prolongées. (Soc. Clin. de Méd. Mentale, 1924.)
- CLAUDE. — P. G. et schizophrénie. (Pratique Méd. française, mars 1928.)
- Les psychoses paranoïdes. (*Encéphale*, 1924.)
- DUCOSTÉ (M.). — Note sur les interprétations délirantes dans la P. G. (*Revue de Psychiâtrie*, 1907, p. 71.)
- FERENCZI. — Ein fall von paranoischer paralysie. (*Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1902, page 240.)
- FROMENT et RAVAUT. — Le test des mots d'épreuve autorise-t-il un diagnostic de dysarthrie ? (*Presse Médicale*, 24 décembre 1924, page 1025.)
- HAMEL (M.) et LOPEZ-ALBO (W.). — Hérédo-syphilis et maladies mentales. (Congrès de Barcelone, mai 1926.)
- HEUYER (G.) et BABONNEL (Mlle). — P. G. juvénile. (Soc. de Psych., 21 juin 1928.)
- HEUYER et LACAN (Jacques). — P. G. avec syndrome d'automatisme mental. (Soc. de Psych., 20 juin 1929.)
- HEUYER (G.) et SIZARET. — Automatisme mental et syphilis. (Soc. de Psych., janv. 1926.)
- JACQUIN. — Contribution à l'étude de quelques manifestations mentales de la syphilis secondaire : les syphilo-psychoses. (*Thèse de Lyon*, 1899.)
- JAKOB (A.). — Zur Klinik und pathologischen Anatomie der stationären paralysie. (*Ztsch. f. die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. Bd. 54, 10 mars 1920.)
- Über die endarteritis syphilitica der kleinen hirnrindenge-fasse. *Id.*

- JAMET. — Hallucinations dans la P. G. et leurs rapports avec les lésions de la couche temporale. (*Thèse de Paris*, 1902.)
- JANET. — Un cas de délire systématisé dans la P. G. (*Journal de Psychologie*, 1906, page 331.)
- JOFFROY et COMBAULT. — P. G. progressive chez un sujet ayant présenté, 18 ans auparavant, du délire de persécution. (Congrès de Paris, 1900.)
- JOFFROY et MIGNOT. — La paralysie générale.
- KAPLAN. — Le tabes à réaction de B. W. invariable. Prognostic sérologique de la P. G. tabétique. (*The Journal of the American medical association*, 20 décembre 1913.)
- KLIPPEL et ROUILLARD. — Présentation d'un cas de P. G. avec délire de persécution. (*Annales Méd. Psych.*, 1890, page 478.)
- LAIGNEL-LAVASTINE et KAHN. — Syphilis méningée et délire hallucinatoire de possession. (*Journal de Psychol.*, 15 mai 1925.)
- Présentation d'un halluciné. (*Soc. Psych.*, décembre 1925.)
- LAVRENENCO (Mlle N.) et MARZA (V.). — Sur un cas de délire paranoïde chez un P. G. (*Bull. de la Soc. Roumaine de Neurol. Psych.*, mai 1926.)
- LHERMITTE. — Les P. G. prolongées. (*Encéphale*, janv. 1921.)
- LHERMITTE et PARANT. — Communication au centenaire de Bayle.
- LE GUILLANT (L.). — Syndrome hallucinatoire avec délire chronique de persécution chez un P. G. (*Soc. de Psych.*, 20 juin 1929.)
- LEROY (R.). — Hallucinations psychomotrices chez un P. G. (*Archives de Neurologie*, 1899.)
- LEROY et MEDAKOWITCH. — Les rémissions dans la P. G. ; leurs caractères ; leurs différences fondamentales avec les rémissions obtenues par la malariathérapie. (*Soc. Médico-Psychologique*, 25 février 1929.)

- LEY (Auguste). — Paralyse à début hypocondrique. (*Congrès de Lille*, juillet 1930.)
- LÉVY-VALENSI, BARUK et CALLEGARI. — Trois cas de délire d'influence. (*Journal de Psych.*, juillet 1925.)
- LIVET. — Forme onirique de la P. G. (*Encéphale*, 1920, p. 504.)
- MAGNAN. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales.*
- MAGNAN et SERIEUX. — *Le délire chronique à évolution systématique.*
- *La Paralyse Générale.*
- MARCHAND. — De la démence précoce chez les syphilitiques. (*Congrès des Aliénistes*, 1925.)
- MARQUEZ. — Sur la forme maniaco-dépressive de la P. G. (*Thèse de doctorat*, Bordeaux, 1907.)
- NISSL (F.). — Beiträge zur Frage nach der Beziehung zwischen klinischen Verlauf und anatomischen Befund bei nerven und geisteskrankheiten, 1913.
- PACTET. — Délire de persécution chez un dégénéré. Apparition tardive du syndrome paralytique et attaques d'épilepsie. (*Soc. Clinique de Méd. Mentale*, 1908.)
- PASCAL (Mlle). — Formes atypiques de la P. G. (*Thèse*, de Paris, 1906.)
- Forme paranoïde de la P. G. (*Encéphale*, 1914.)
- PERES (Hector). — Paralysis Geral e allucinacoes. (*Archivos Brasileiros de Neurolatria e Psychiatria*, 14^e année, n° 2, mars-avril 1932, p. 66.)
- PIERRET. — Congrès de Blois, 1892.
- POIRIER (M.). — Congrès d'Anvers, 1928.
- RICHTER. — Dementia Paralytica als complication einer paranoia hallucinatoria chronica. (*Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie*, Bd. 55, H. I., p. 19.)
- RIETI. — Contribution à la connaissance des hallucinoses syphilitiques. (*Encéphale*, 1931, page 245.)
- RIEU. — Hallucinations psycho-motrices dans la P. G. (*Thèse*, de Paris, 1900.)
- RIVET (L.). — Hallucinations visuelles et délire de rêve dans la P. G. (*Encéphale*, 1920, page 504.)

- RODRIGUEZ (B.), ARIAS, PONS-BAHMÈS (J.) et JUNCOSA (J.).
— A propos des formes atypiques de début de la P. G. (*Soc. Catalane de Psychiatrie et de Neurologie*, 10 décembre 1931.)
- RODRIGUEZ (A.), MORINI. — Note sur la P. G. dans l'Asile d'aliénés de San Baudilio de Lhobrégat. (*Congrès de Barcelone*, 21-26-1926.)
- ROUILLARD. — Rapport sur le prix Esquirol. Travail de M. Armand. (*Annales Médico-Psych.*, 1888.)
- ROUDNEFF. — De la paralysie générale paranoïde. (*Moniteur Neurologique Russe*, 1912.)
- SCHULTZE. — Zur Frage der Heilbarkeit der Dementia paralytica mit einen anatomischen Beitrag von Prof. Alzheimer. (*Deuts. Zeits. f. Nervenheilkunde*, Bd. 47 et 48, p. 714.)
- SEMELAIGNE. — Un P. G. halluciné. (*Annales Méd. Psych.*, 1903, page 454.)
- SERIN (Mlle). — Contribution à l'étude des formes paranoïdes de la P. G. (*Thèse*, de Paris, 1926.)
- SERIEUX et MIGNOT. — Sur un cas de P. G. à forme sensorielle avec alternance des phénomènes d'excitation et de déficit des centres lésés. (*Ann. Méd. Psych.*, 1902, p. 297.)
- SÉZARY (A.). — Les paradoxes du traitement de la syphilis et le mode d'action des médicaments spécifiques. (*Progrès Médical*, 17 novembre 1931.)
- TARGOWLA. — Le syndrome humoral de la P. G. Ses modalités, sa valeur séméiologique. (*Thèse*, de Paris, 1922.)
- Les psychoses syphilitiques. (*Annales de Médecine*, septembre-octobre 1923.)
- TARGOWLA et DUBLINEAU (Jean). — Sur une modalité du stade présymptomatique de la P. G. (*Encéphale*, 1929, p. 303.)
- Sur une modalité évolutive de la P. G. : la forme paroxystique. (*Encéphale*, 1929, p. 487.)

- TARGOWLA et OMBREDANE (A.). — Evolution d'un syndrome psycho-somatique diagnostiqué paralysie générale en 1922. (*Encéphale*, nov. 1929.)
- TARGOWLA et RUBINOWITCH. — Forme paranoïde de la P. G. (*Revue Neurologique de Paris*, 1930, page 292.)
- TARGOWLA et SERIN (Mlle). — Délire systématisé chronique avec épisodes hallucinatoires suivis de tentative de suicide et syphilis nerveuse. (*Revue Neurologique*, mars 1927.)
- URECHIA (C.-I.). — Bouffées délirantes au début de la P. G. (*Encéphale*, sept.-oct. 1930, page 627.)
- URECHIA et RUSDEA. — La forme schizophrénique de la syphilis du cerveau et de la P. G. (*Encéphale*, 1921, page 587.)
- VERMEYLEN. — Délire hallucinatoire chez une P. G. (*Société Belge de Méd. Mentale*, 29 mai 1926.)
- VURPAS (Cl.) et CORMAN (L.). — Les formes dépressives de la P. G. (*Gazette des Hôpitaux*, 6 février 1932.)

II. — *Sur les délires secondaires de la paralysie générale*

- ANGLADE et DONNADIEU (A.). — Paralysie générale progressive et tuberculinothérapie. (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 29 octobre 1931.)
- AUSTREGESILLO FILHO. — P. G. et malariathérapie. (*Sao Paulo Medico*, février 1930, page 649.)
- BERTOLANI (Aldo). — Syndromes schizophréniques dans la P. G. traitée par la malaria. (*Cervello*, 15 février 1929.)
- BERTRAND (Ivan), PÉRON et ELO. — Sclérose en plaques syphilitique chez un P. G. impaludé. (*Société de Neurologie*, 18 février 1932.)

- BRAVETTA (Eugenio). — Deux années de thérapeutique malarique de la P. G. (*Billettino della Societa Medico Chirurgica di Pavia*, tome I, fascicule 5, 1926.)
- BRILL (E.). — L'apparition simultanée de lésions cutanées syphilitiques avec métasyphilis après malariathérapie. (*Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1929, p. 393.)
- BRUETSCH (W.-L.) et BAHR (Max.-A.). — Etude du mécanisme de la malaria d'inoculation sur les modifications histopathologiques dans la P. G. (*The Journal of Nervous and Ment diseases*, mars 1928.)
- BUVAT (J.-B.) et WILLEREY DESMESERETS (G.). — Hallucinoïse chez un P. G. tabétique à la suite d'un traitement par la malaria. (*Soc. Clin. de Méd. Mentale*, 20 janvier 1930.)
- CAPGRAS (J.) et FAIL (G.). — Statistique d'une année de malariathérapie. (*Annales Médico-Psychologiques*, avril 1931, page 375.)
- CLAUDE (H.). — P. G. et schizophrénie. (*Société de Méd. Mentale de Belgique*, 29 octobre 1927.)
- CLAUDE (H.), SCHIFF (Paul) et DIMOLESESCO (Alfred). — Herpès et zona au cours de la malariathérapie. (*Encéphale*, 1929, page 795.)
- CODET (H.). — Modifications persistantes du caractère après impaludation dans la P. G. (*Progrès Médical*, juillet 1928.)
- DEVAY (F.). — Rapport médical pour l'année 1898. (*Echo Médical de Lyon*, 15 avril 1899.)
- DUJARDIN (B.) et TARGOWLA (R.). — La thérapeutique de la P. G. (*Congrès d'Anvers*, juillet 1928.)
- DUJARDIN (B.). — Mécanisme d'actions de la malaria sur l'organisme syphilitique. (*Congrès de Dermatologie*, 1929.)
- FRIBOURG-BLANC. — *Le traitement de la P. G. et du tabès par la malaria provoquée.* (Paris, Masson et Cie, éditeurs, 1929, page 35.)

- GERSTMANN (J.). — Au sujet de la transformation du tableau clinique de la P. G. en une forme hallucinatoire paranoïde à la suite du traitement par inoculation de la malaria. (*Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*, XCIII, n° 2, sept. 1924. Analyse dans l'*Encéphale*, janv. 1925.)
- GERSTMANN (J.). — *Le traitement malarique de la P. G.*, 2^e édition, Vienne 1928. (Analyse dans l'*Encéphale*, août 1928.)
- GORIA (Carlo). — Recherches et considérations sur l'évolution de la P. G. traitée par la pyrétothérapie associée aux préparations bismuthiques. (*Note et Rivista di Psichiatria Pesaro*, 1925, n° 1.)
- GUINAUD (P.). — Polymorphisme de la syphilis encéphalique. (*Annales Méd. Psych.*, 1925, II, page 260.)
- GUIRAUD (P.) et MINKOWSKI. — *Monde Médical*, 1^{er} et 15 mars 1931.
- *Monde Médical*, 1^{er} et 15 mars 1932.
- GUIRAUD (P.) et CARON. — Manifestations syphilitiques tertiaires chez les P. G. impaludés. (*Soc. Médico-Psych.*, 12 février 1931.)
- HERRNHEISER et HERRMANN. — Enzephalographische studen, Schläffenatrophie bei halluzinierenden paralytikern nach Malariabehandlung. (*Fortschr. a. d. Geh. d. Rontgenstr.*, 1925, XXXIII, 425.)
- LÉPINE (Jean). — A propos des traitements modernes de la Paralyse Générale. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1925, page 335.)
- LÉPINE (J.) et LARRIVÉ. — Une nouveau procédé de pyrétothérapie réglée : l'huile soufrée. (*Lyon Médical*, 24 janvier 1932, page 108.)
- LAIGNEL-LAVASTINE, BOQUIEN et PUYMARTIN. — Apparition de gommages de la langue chez un P. G. impaludé. (*Annales Médico-Psych.*, janv. 1932.)
- LAIGNEL-LAVASTINE et CONSTANTINESCO. — Histopathologie et bactériologie de deux cerveaux de P. G. impaludés. (*Société de Neurologie*, 22 mai 1930.)

- LARRIVÉ et MESTRALLET. — Délire secondaire apparu chez un P. G. à la suite d'un traitement par l'huile soufrée. (*Soc. Nationale de Méd. et des Sc. M.*, 9 décembre 1931.)
- LEROY et MEDAKOWITCH. — *Paralysie Générale et Malariathérapie*, 1 vol., G. Doin, éditeur, 1930, p. 313.
- Les délires chez les P. G. traités par la malariathérapie. (*Soc. Méd. Psych.*, 25 avril 1929.)
 - Essai pathogénique sur la psychose hallucinatoire chronique. (*Congrès de Barcelone*, mai 1929.)
 - Le mécanisme d'action de la malaria. (*Soc. Médico-Psych.*, 27 mai 1929.)
 - Gomme sous-cutanée de la jambe gauche, survenue chez un P. G. à la suite de la malariathérapie. (*Soc. clin. de Méd. mentale*, 19 mai 1930.)
- LEROY, MÉDAKOWITCH et MONIER. — Etiologie des délires secondaires chez les P. G. après impaludation. (*Soc. Médico-Psych.*, 27 juin 1931.)
- LEROY et MÉDAKOWITCH. — Malaria larvée chez les P. G. impaludés et attaques épileptiformes. (*Société Médico-Psych.*, 26 octobre 1931.)
- LEROY, MÉDAKOWITCH, MASQUIN. — Délire de négation survenu chez une P. G. à la suite de la malariathérapie. (*Soc. Clin. de Méd. mentale*, mai-juin 1930.)
- Les variations de la courbe de poids dans la G. (*Annales Médico-Psych.*, avril 1931.)
- LEROY et MÉDAKOWITCH. — Les rémissions dans la P. G. ; leurs caractères ; leurs différences fondamentales avec les rémissions obtenues par la malariathérapie. Présentation d'un P. G. guéri à la suite d'une maladie infectieuse. (*Soc. Médico-Psychologique*, 25 février 1929.)
- LHERMITTE (Jean). — L'influence de la malariathérapie sur les lésions de la P. G. (*Encéphale*, 1929, n° 6, page 549.)

- MARIE (A.). — A propos des délires paranoïdes secondaires à la malariathérapie chez les P. G. (*Société Médico-Psychol.*, 26 octobre 1931.)
- MARTINEZ (A.). — Troubles hallucinatoires et délirants au cours de l'évolution de quelques P. G. impaludés. (*Revista Argentina de Neurologia, Psiquiatria y Medicina legal*, Buenos-Aires, nov.-déc. 1930.)
- MIGNON, LEULIER, PICARD. — Syndrome strié avec démence affective chez une P. G. humoralement guérie par la malariathérapie. (*Soc. de Neurologie de Paris*, 22 juin 1931.)
- NYSSSEN (R.). — Les formes hallucinatoires et paranoïdes de la P. G. traitée par la malaria. (*Soc. Belge de Neurologie*, 31 octobre 1925.)
- PAULIAN (D.). — La malariathérapie dans les affections du système nerveux. (*Marseille Médical*, 15 février 1928, p. 216.)
- L'action de la malariathérapie sur les lésions cérébrales de la P. G. (*Spitalul*, n° 11, nov. 1930, p. 416.)
- POROT (A.). — Les psychoses à base confusionnelle de la syphilis. (*Sud Médical et Chirurgical*, 15 avril 1928, page 897.)
- PETIT et MONTASSUT. — Psychose hallucinatoire abortive. Action du traitement pyrétogène et anti-infectieux. Réduction indépendante de la condition délirante et des troubles psycho-sensoriels. (*Soc. de Psychiatrie*, 26 avril 1928.)
- PONITZ (Karl). — De la signification clinique et sociale de la notion de P. G. imparfaitement guérie. (*Münchener med. Wochenschr.*, n° 23, 7 juin 1929.)
- PRUSSAK (Léon). — Le traitement de la P. G. par le paludisme. (*Encéphale*, mars 1929.)
- ROJAS et BELBEY. — Pseudo-hallucinations auditives dans la P. G. (*Revista Argentina de Neurologia, Psiquiatria y Medica legal*, sept.-octobre 1929.)

- SERIN (Mlle Suzanne). — Contribution à l'étude des formes paranoïdes de la P. G. (*Thèse*, de Paris, 1926 : Définition historique et page 64.)
- SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE PSYCHIATRIE (Breslau, 10-11 avril 1931) : Bender, Friedreich, Bruetsch, Gallinck, Dattner. (Compte rendu dans l'*Encéphale* de septembre-octobre 1931.)
- TAKANO. — Zür Frage der path. Veränderungen des Hirns bei rec. und mal. behandelten paralytikern. (*Arch. N. I. Wien.*, 1928.)
- TARGOWLA et RUBINOVITCH. — Forme paranoïde de la P. G. (*Société Clinique de Méd. Mentale*, 20 janvier 1930.)
- TRUELLE et CAZALIS. — Contribution à l'étude des délires dits secondaires chez les P. G. après impaludation. (*Soc. Médico-Psych.*, 22 février 1932.)
- VERMEYLEN (G.). — Les modifications psychiques des P. G. malarisés. (*Congrès des Aliénistes*, Genève-Lausanne, août 1926.)
- VERMEYLEN (G.) et VERVAECK (P.). — Apparition du syndrome hypochondriaque chez les P. G. malarisés. (*Congrès d'Anvers*, 23-26 juillet 1928.)
- Les formes psychosiques chez les P. G. malarisés et la notion de démence paralytique. (*L'Encéphale*, sept., octobre et novembre 1930.)
- VERMEYLEN (G.). — La mesure de l'intelligence des P. G. avant et après la malarisation. (*Congrès de Bordeaux*, avril 1931.)
- Paralysie générale. Troubles mentaux non démentiels deux ans après malariathérapie. (*Société de Médecine Mentale de Belgique*, 26 sept. 1931.)
- VERMEYLEN (G.). — Délire systématisé au cours d'une rémission prolongée chez une ancienne P. G. malarisée. (*Journal de Neur. et de Psy. belge*, janv. 1932.)
- WILSON. — *Histopathological changes following malarial treatment of General Paresis*. Brain LI, 1928,

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE. — <i>Les formes psychosiques spontanées de la paralysie générale</i>	13
CHAPITRE PREMIER. — <i>Les délires dans l'historique de la paralysie générale</i>	13
CHAPITRE II. — <i>Observation</i>	17
CHAPITRE III. — <i>Etude clinique</i>	21
CHAPITRE IV. — <i>Diagnostic</i>	33
CHAPITRE V. — <i>Pathogénie</i>	43
DEUXIEME PARTIE. — <i>Les délires secondaires de la paralysie générale</i>	49
CHAPITRE PREMIER. — <i>Historique</i>	49
CHAPITRE II. — <i>Observations</i>	53
CHAPITRE III. — <i>Etude clinique et évolution</i>	65
CHAPITRE IV. — <i>Diagnostic des formes psychosiques de la paralysie générale traitée et en régression</i>	75
CHAPITRE V. — <i>Pathogénie des délires secondaires de la paralysie générale</i>	83
CONCLUSIONS	99
BIBLIOGRAPHIE	101

